

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DENGUE
HEMORRHAGIC FEVER (DHF) YANG DIRAWAT
DI RUMAH SAKIT



Oleh :

RISKA HIDAYATI
NIM. P07220117070

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2020

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DENGUE
HEMORRHAGIC FEVER (DHF) YANG DIRAWAT
DI RUMAH SAKIT

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

RISKA HIDAYATI
NIM. P07220117070

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2020

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, 9 Mei 2020

Yang menyatakan

Riska Hidayati
P07220117070

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL 10 MEI 2020

Oleh

Pembimbing

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd
NIDN. 4023126901

Pembimbing Pendamping

Rus Andraini, A.Kp.,MPH
NIP. 4006027101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep.,M. Kep
NIP.196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan keperawatan Pada Klien Anak Dengan Dengue
Hemorrhagic Fever (DHF) Yang Dirawat di Rumah Sakit

Telah diuji
Pada tanggal 11 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd
NIDN. 4020027901

(.....)

Penguji Anggota :

1. **Ns.Siti Nuryanti, S,Kep., M.Pd**
NIDN. 4023126901

(.....)

2. **Rus Andraini, A.Kp., MPH**
NIDN. 4006027101

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,

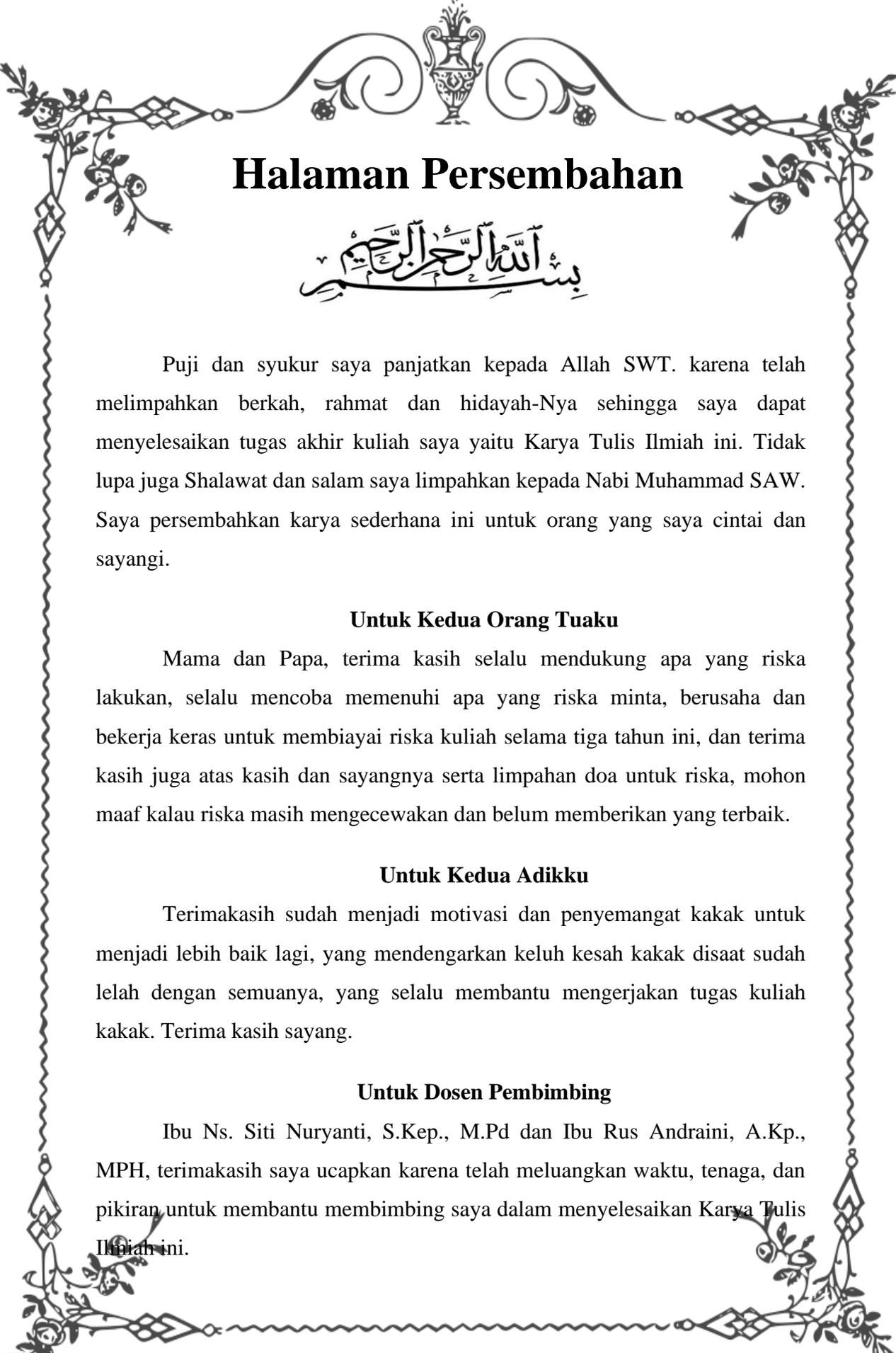
Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 196508251985503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Riska Hidayati
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir : Kupang, 15 Oktober 1999
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Jend Sudirman RT 26 NO 21 Kelurahan Damai
Bahagia Kecamatan Balikpapan Selatan
Nama Ayah : Padeli Hajeri
Nama Ibu : Mahriani
Email : riskah35@gmail.com
Riwayat Pendidikan :
1. Tahun 2005 – 2011 : SD Negeri 001 Balikpapan Selatan
2. Tahun 2011 – 2014 : SMP Negeri 1 Balikpapan
3. Tahun 2014 – 2017 : SMA Negeri 1 Balikpapan
4. Tahun 2017 – 2020 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kaltim Kelas Balikpapan



Halaman Persembahan

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT. karena telah melimpahkan berkah, rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tugas akhir kuliah saya yaitu Karya Tulis Ilmiah ini. Tidak lupa juga Shalawat dan salam saya limpahkan kepada Nabi Muhammad SAW. Saya persembahkan karya sederhana ini untuk orang yang saya cintai dan sayangi.

Untuk Kedua Orang Tuaku

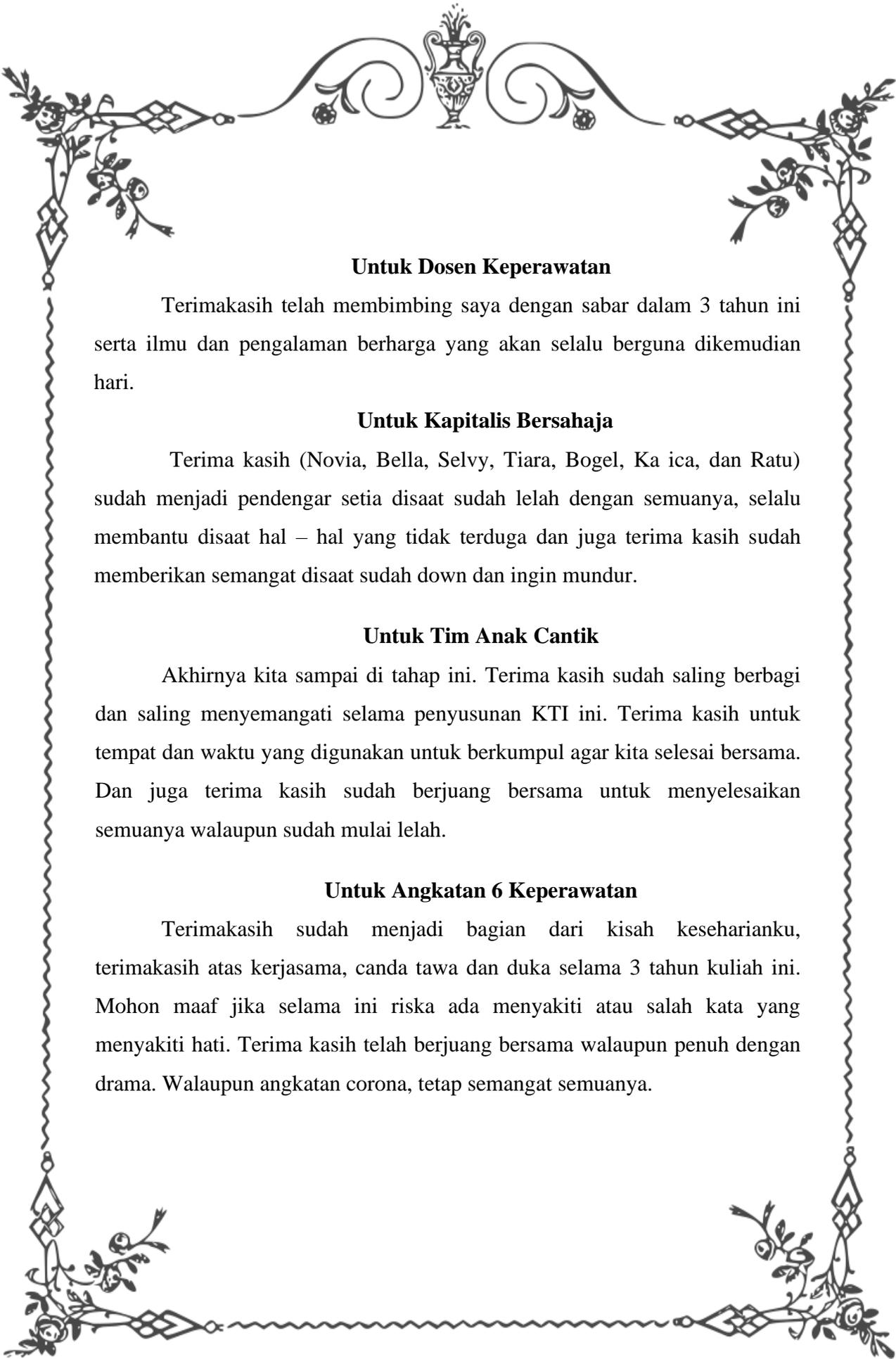
Mama dan Papa, terima kasih selalu mendukung apa yang riska lakukan, selalu mencoba memenuhi apa yang riska minta, berusaha dan bekerja keras untuk membiayai riska kuliah selama tiga tahun ini, dan terima kasih juga atas kasih dan sayangnya serta limpahan doa untuk riska, mohon maaf kalau riska masih mengecewakan dan belum memberikan yang terbaik.

Untuk Kedua Adikku

Terimakasih sudah menjadi motivasi dan penyemangat kakak untuk menjadi lebih baik lagi, yang mendengarkan keluh kesah kakak disaat sudah lelah dengan semuanya, yang selalu membantu mengerjakan tugas kuliah kakak. Terima kasih sayang.

Untuk Dosen Pembimbing

Ibu Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd dan Ibu Rus Andraini, A.Kp., MPH, terimakasih saya ucapkan karena telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membantu membimbing saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.



Untuk Dosen Keperawatan

Terimakasih telah membimbing saya dengan sabar dalam 3 tahun ini serta ilmu dan pengalaman berharga yang akan selalu berguna dikemudian hari.

Untuk Kapitalis Bersahaja

Terima kasih (Novia, Bella, Selvy, Tiara, Bogel, Ka ica, dan Ratu) sudah menjadi pendengar setia disaat sudah lelah dengan semuanya, selalu membantu disaat hal – hal yang tidak terduga dan juga terima kasih sudah memberikan semangat disaat sudah down dan ingin mundur.

Untuk Tim Anak Cantik

Akhirnya kita sampai di tahap ini. Terima kasih sudah saling berbagi dan saling menyemangati selama penyusunan KTI ini. Terima kasih untuk tempat dan waktu yang digunakan untuk berkumpul agar kita selesai bersama. Dan juga terima kasih sudah berjuang bersama untuk menyelesaikan semuanya walaupun sudah mulai lelah.

Untuk Angkatan 6 Keperawatan

Terimakasih sudah menjadi bagian dari kisah keseharianku, terimakasih atas kerjasama, canda tawa dan duka selama 3 tahun kuliah ini. Mohon maaf jika selama ini riska ada menyakiti atau salah kata yang menyakiti hati. Terima kasih telah berjuang bersama walaupun penuh dengan drama. Walaupun angkatan corona, tetap semangat semuanya.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasih karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan KTI dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Kelas Balikpapan dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan DHF Yang Dirawat di Rumah Sakit”

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H. Supriadi B., S.Kp.,M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
3. Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep.,M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.

4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
5. Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd, selaku Pembimbing I dalam penyelesaian KTI.
6. Rus Andraini, A.Kp.,MPH, selaku Pembimbing II dalam menyelesaikan KTI.
7. Seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan KTI ini.

KTI ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan KTI ini. Akhirnya hanya kepada Allah SWT kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Allah SWT.

Balikpapan, Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) YANG DIRAWAT DI RUMAH SAKIT”

Penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) merupakan penyakit yang ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Insiden penyakit DHF di Indonesia tahun 2019 tercatat sebanyak 110.921 kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan kasus anak dengan DHF secara rinci dan mendalam yang ditekankan pada aspek asuhan keperawatan pada klien anak dengan DHF.

Penelitian ini menggunakan metode studi literature review dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil dua kasus sebagai unit analisis. Unit analisis adalah klien anak dengan DHF. Metode pengambilan data melalui identifikasi, menginterpretasi dan menganalisis dari 2 sumber pustaka. Teknik pengumpulan data menggunakan sesuai dengan literatur menggunakan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik serta studi dokumentasi..

Berdasarkan analisa data didapatkan kesamaan dan kesenjangan antara 2 sumber kasus, perbedaan diagnosa yang ditemukan pada klien 1 adalah diagnosa hipertermi dan diagnosa nyeri akut sedangkan pada klien 2 ditemukan diagnosa defisit pengetahuan dan diagnosa resiko perdarahan, perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi pada klien 1 dan 2 semua masalah teratasi.

Penyakit DHF merupakan salah satu penyakit yang menyebabkan kematian. Pada anak dengan DHF harus diperhatikan status nutrisi dan status cairan yang diberikan. Diharapkan untuk lebih diperhatikan lagi bagi tenaga kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan yang tepat dan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat untuk meningkatkan dan memperhatikan perilaku kesehatan atau kebiasaan sehari-hari.

Kata Kunci : Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), Asuhan Keperawatan, Literature Review

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN

SAMPUL DALAM	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR BAGAN	xvii
DAFTAR TABEL.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	8

C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Dasar Medis <i>Dengue Haemorrhagic Fever</i> (DHF)	10
1. Pengertian.....	10
2. Etiologi.....	10
3. Anatomi Fisiologi	11
4. Klasifikasi	14
5. Patofisiologi	14
6. Tanda dan Gejala.....	16
7. Pemeriksaan Penunjang	18
8. Penatalaksanaan	20
9. Komplikasi	23
B. Masalah Keperawatan	24
1. Definisi masalah kesehatan	24
2. Komponen masalah keperawatan.....	25
3. Pathway DHF	27
4. Masalah keperawatan pada pasien DHF	28

C. Konsep Asuhan Keperawatan Anak dengan DHF	39
1.Pengkajian	39
2.Diagnosa Keperawatan.....	43
3.Intervensi Keperawatan.....	44
4.Implementasi Keperawatan.....	55
5.Evaluasi Keperawatan.....	55
D. Konsep Keperawatan Anak.....	56
1.Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	56
2.Batasan Usia Anak	59
3.Falsafah Keperawatan Anak	60
4.Prinsip Keperawatan Anak.....	64
5.Peran Perawat Anak	66
6.Konsep Hospitalisasi.....	69
BAB III METODE PENELITIAN	76
A. Desain Penelitian.....	76
B. Subyek Penelitian.....	76
C. Definisi Operasional.....	76
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	77

E. Prosedur Penelitian.....	77
F. Metode dan instrument Pengumpulan Data	78
G. Keabsahan Data.....	79
H. Analisis Data	79
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	81
A. Hasil Penelitian	81
1.Gambaran Lokasi Penelitian	81
2.Data Asuhan Keperawatan	82
B. Pembahasan.....	135
1.Pengkajian Keperawatan.....	135
2.Diagnosa Keperawatan.....	139
3.Intervensi Keperawatan.....	150
4.Implementasi Keperawatan.....	159
5.Evaluasi Keperawatan.....	163
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	165
A. Kesimpulan	165
B. Saran.....	167
DAFTAR PUSTAKA	169

LAMPIRAN – LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Hematologi	11
--	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway DHF.....	27
----------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Anamnese	82
Tabel 4.2 Pemeriksaan Fisik	89
Tabel 4.3 Hasil laboratorium	92
Tabel 4.4 Terapi	93
Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan	94
Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan	97
Tabel 4.7 Implementasi Klien 1	103
Tabel 4.8 Implementasi Klien 2	111
Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan Klien 1	123
Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan Klien 2	130

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 *Literature* Asuhan Keperawatan pada An. H dan An. N Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) di RSI Ibnu Sina Padang
- Lampiran 2 *Literature* Asuhan Keperawatan Pada An. D Dengan Demam Hemorrhagic Fever (DHF) Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat mempunyai peranan yang sangat menentukan bagi tumbuhnya generasi muda yang cerdas dan berkualitas. Jika keluarga mampu menjalankan fungsinya dengan baik maka generasi yang tercipta pun akan baik. Keluarga atau yang dalam hal ini adalah orang tua, terutama ibu, perlu memperhatikan kesehatan anak-anaknya. Anak merupakan generasi penerus bangsa. Awal kokoh atau tidaknya suatu negara dapat dilihat dari kualitas para generasi penerusnya. Fenomena kesehatan anak di Indonesia menjadi hal yang menarik dikaji karena anak masih dalam masa perkembangan. Jika kesehatan anak terganggu maka perkembangannya juga dapat terhambat (Karimah et al., 2015).

Anak merupakan kelompok yang sangat rentan terserang penyakit. Permasalahan kesehatan pada anak terutama pada anak usia dini yang biasanya sangat terkait dengan kebersihan perseorangan dan juga pada lingkungan sekitar. Pada kasus yang terkait permasalahan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat jika tidak dilakukan sejak dini atau akibat rendahnya pengetahuan perilaku hidup bersih dapat mengakibatkan munculnya penyakit seperti halnya penyakit diare, cacangan, demam berdarah dan lain-lain (Lubis et al., 2019).

Hasil studi epidemiologi lingkungan memperlihatkan tingkat kesehatan masyarakat atau kejadian suatu penyakit dalam suatu kelompok masyarakat merupakan hubungan timbal balik antara masyarakat itu sendiri dengan lingkungan. Perubahan atau kerusakan lingkungan membawa pengaruh terhadap penyebaran penyakit. Hal ini tentunya berkaitan dengan kenyataan bahwa lingkungan yang bersih dan sehat mengurangi risiko penyebaran penyakit berbasis lingkungan salah satunya ialah penyakit demam berdarah dengue (DBD) (Buhungo, 2015).

Penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) atau Demam Bedrdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit yang ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* yang dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan, iklim, mobilisasi yang tinggi, kepadatan penduduk, perluasan perumahan dan perilaku masyarakat (Kesehatan, 2019).

Penyakit DHF dapat menyerang siapa saja. Berdasarkan data yang didapatkan temuan kasus DHF di berbagai daerah didominasi oleh usia 5-14 tahun atau 43,25 persen dari keseluruhan kasus. Selanjutnya usia 15-44 tahun sebanyak 36,46 persen, di atas 44 tahun 9,68 persen, usia 1-4 tahun 8,54 kasus dan terendah pada usia di bawah 1 tahun dengan persentase 2,07 (Kemenkes, 2019).

Kasus DHF sudah menjadi perhatian internasional dengan jumlah kasus di seluruh dunia mencapai 50 juta per tahun. Sebelum tahun 1970, hanya 9 negara yang mengalami wabah DHF, namun sekarang DHF menjadi penyakit endemik pada lebih dari 100 negara, di antaranya adalah Afrika, Amerika, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat, Asia Tenggara dan Pasifik Barat memiliki angka tertinggi kasus DHF. Jumlah kasus di Amerika, Asia Tenggara dan Pasifik Barat telah melewati 1,2 juta kasus di tahun 2008 dan lebih dari 2,3 juta kasus di tahun 2010. Pada tahun 2013 dilaporkan terdapat sebanyak 2,35 juta kasus di Amerika, dimana 37.687 kasus merupakan DHF berat. Pada tahun 2015, tercatat terdapat sebanyak 126.675 penderita DHF di 34 provinsi di Indonesia, dan 1.229 orang diantaranya meninggal dunia. Jumlah tersebut lebih tinggi dibandingkan tahun sebelumnya, yakni sebanyak 100.347 penderita DHF dan sebelumnya 907 penderita meninggal dunia pada tahun 2014 (Sari, 2019).

Tahun 2018 berdasarkan data dari profil kesehatan Indonesia kasus DHF berjumlah 65.602 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 467 orang. Jumlah tersebut menurun dari tahun sebelumnya, yaitu 68.407 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 493 orang. Angka kesakitan DHF tahun 2018 menurun dibandingkan tahun 2017, yaitu dari 26,10 menjadi 24,75 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2017, terdapat 30 provinsi dengan angka kesakitan kurang dari 49 per 100.000 penduduk. Sedangkan tahun 2018

provinsi dengan angka kesakitan kurang dari 49 per 100.000 penduduk menurun menjadi 26 provinsi (Kesehatan, 2019).

Pada tahun 2019 data yang masuk sampai tanggal 31 Oktober 2019 di Kementerian Kesehatan RI (2019) tercatat sebanyak 110.921 kasus. Terjadi peningkatan cukup drastis dari 2018 dengan jumlah kasus berada pada angka 65.602 kasus. Keseluruhan kasus terbanyak ditemukan di Pulau Jawa dan Bali dengan total 61.071 kasus. Kemudian Pulau Sumatera sebanyak 21.896 kasus. Secara rinci, jumlah penderita DHF tertinggi ditemukan di Provinsi Jawa Barat dengan total 19.240 kasus. Kemudian, Jawa Timur 16.699 kasus, Jawa Tengah 8.501 kasus, Jakarta 8.408 kasus, Sumatera Utara 5.721 kasus dan Lampung 5.369 kasus (Kemenkes, 2019).

Tingginya angka DHF di Indonesia tidak berdampak di semua daerah. Beberapa daerah di Indonesia masih ada yang berada di zona hijau dengan angka DHF yang cukup rendah. Daerah-daerah tergolong aman tersebut di antaranya Papua Barat dengan angka DHF terendah yakni 49 kasus, Papua 132 kasus, Maluku 245 kasus, Sulawesi Barat 559 kasus dan Bangka Belitung 632 kasus. Selain itu Jambi, Bengkulu, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Gorontalo dan Sulawesi Tenggara juga berada pada zona hijau dengan angka temuan DHF di bawah 1.400 kasus (Kemenkes, 2019).

Daerah Kalimantan sendiri terutama Kalimantan Timur pernah menjadi provinsi dengan angka kesakitan tertinggi pada tahun 2017 hingga

2018 dengan angka kesakitan sebesar 87,81 per 100.000 penduduk. Sedangkan sepanjang Januari 2019 berdasarkan pernyataan yang dikutip dari Dinas Kesehatan Kalimantan Timur penderita DHF yang ditemukan sebanyak 265 orang, tersebar di Samarinda 45 kasus, Balikpapan 53 kasus dengan kematian 1 orang, PPU 36 kasus dengan kematian 1 orang, Kukar 12 kasus, Mahulu 4 kasus, Bontang 34 kasus, Kutim 52 kasus dengan kematian 1 orang, dan Berau 38 kasus (Dinkes Kaltim, 2019).

Penyakit DHF di kota Balikpapan setiap bulannya juga cukup banyak dijumpai. Berdasarkan data yang didapatkan dari pernyataan yang dikutip dari kepala dinas kesehatan kota Balikpapan dalam wawancara dengan Kaltim Prokal dikatakan bahwa hingga bulan Oktober 2019 jumlah DHF di Balikpapan mencapai 2.319 kasus dengan 11 diantaranya meninggal dunia. Dari enam kecamatan yang ada, Balikpapan Utara menjadi daerah dengan kasus tertinggi. Ada lima korban dinyatakan meninggal. Sedangkan Balikpapan Timur terdapat 2 kasus, Balikpapan Selatan 2 kasus, Balikpapan Kota 1 kasus, dan Balikpapan Tengah 1 kasus (Dinkes Kota Balikpapan, 2019).

Berdasarkan hal – hal tersebut penyakit DHF merupakan masalah kesehatan yang masih memerlukan pencegahan dan penanggulangan yang sungguh-sungguh. Salah satu pencegahan yang dapat dilakukan ialah dengan melaksanakan kegiatan penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pemberantasan sarang nyamuk dan upaya 3M plus (menutup, menguras,

mengubur dan menghindari gigitan nyamuk). Pada kenyataannya, tidak mudah memberantas penyakit DHF karena terdapat berbagai hambatan dalam pelaksanaan pencegahannya. Angka kejadian Penyakit DHF di Indonesia masih meningkat dari tahun ke tahun (Tairas et al., 2015).

Pada penderita yang telah terkena virus dengue, virus yang telah masuk ketubuh akan menimbulkan viremia. Hal tersebut akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu di hipotalamus sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan suhu pada pasien yang menyebabkan pasien mengalami demam. Selain itu, trombositopenia dapat terjadi pada pasien akibat dari penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus (Candra, 2019).

Pada pasien dengan trombositopenia terdapat adanya perdarahan baik kulit seperti petekia atau perdarahan mukosa di mulut. Hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatis secara normal. Hal tersebut dapat mengakibatkan pendarahan dan jika tidak mendapatkan perawatan yang memadai serta tidak tertangani dengan baik akan mengarah kepada *Dengue Syok Syndrom* (DSS) yang dapat menyebabkan kematian. *Dengue Syok Syndrom* (DSS) yang terjadi diakibatkan karena pasien mengalami defisit volume cairan yang mengakibatkan terjadinya syok hipovolemik. (Candra, 2019).

Kasus kematian dengan penyakit DHF masih terjadi terutama pada anak-anak, hal ini disebabkan karena kondisi daya tahan tubuh anak-anak tidak sekuat orang dewasa dan belum sempurna (Leovani et al., 2015).

Dalam hal ini peran perawat dan keluarga sangat diperlukan, Salah satunya dalam hal mempertahankan kondisi cairan dan elektrolit pasien. Berdasarkan bentuk dukungan yang diberikan perawat antara lain; sebagai seorang *care giver*, perawat dapat memperhatikan dalam tindakan pengontrolan cairan infus atau transfusi darah. Sebagai advokat, perawat memberikan informasi terkait penyakit yang diderita pasien dengan masalah kebocoran plasma darah atau terjadinya syok. Sebagai seorang edukator, perawat memberikan pengetahuan dalam pemenuhan asupan nutrisi dan cairan yang adekuat agar terpenuhi dalam jumlah yang cukup. Sebagai seorang koordinator, perawat berkolaborasi dengan dokter, ahli gizi dan mengarahkan keluarga dari pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan agar terpenuhi secara optimal (Missiyati et al., 2015).

Dukungan lain yang dapat diberikan oleh perawat yaitu melakukan komunikasi aktif kepada keluarga pasien dengan memberitahukan pentingnya pemenuhan nutrisi terutama dalam pemenuhan cairan tubuh pasien sehingga tidak mengalami syok hipovolemik. Pada pasien dewasa, keluarga berusaha memenuhi keinginan pasien dalam memilih makanan yang disukai. Sedangkan pada pasien anak, keluarga membantu pasien makan dengan menyuapinya. Pentingnya komunikasi oleh perawat kepada keluarga

bertujuan agar keluarga ikut berpartisipasi dalam proses pemulihan pasien, sehingga pasien merasa ada dukungan dan cinta dari keluarganya dan memberikan dampak positif pada psikologisnya (Puspita et al., 2018).

Selain itu, diharapkan perawat melakukan pencegahan terjadinya DSS dengan mengetahui tanda-tanda syok serta menangani dengan keterampilan dan pengetahuan yang cukup yang dibutuhkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan DHF.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis pada tanggal 13 Januari 2020 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan didapatkan data sebanyak 50 kasus anak yang dirawat dengan DHF di ruang rawat inap Flamboyan C dalam rentang waktu Agustus 2019 hingga Januari 2020.

Berdasarkan fenomena di atas akhirnya penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Dengue Hemorrhagic Fever Yang Dirawat di Rumah Sakit”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien anak dengan penyakit DHF yang dirawat di rumah sakit?”

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penulisan karya tulis ini adalah :

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan kasus anak dengan DHF secara rinci dan mendalam yang ditekankan pada aspek Asuhan Keperawatan pada klien anak dengan DHF.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji klien anak dengan DHF.
- b. Menegakkan diagnosis keperawatan klien anak dengan .
- c. Menyusun perencanaan keperawatan klien anak dengan DHF.
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan klien anak dengan DHF.
- e. Mengevaluasi klien anak dengan DHF.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian karya tulis ini adalah :

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan DHF.

2. Bagi Perawat Ruangan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menambah keluasan ilmu Asuhan keperawatan pada klien anak dengan DHF

3. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan masukan dalam mengembangkan ilmu keperawatan dan dapat mencegah terjadinya penyakit DHF , sehingga dapat mengurangi bertambahnya angka kesakitan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

1. Pengertian.

Penyakit DHF merupakan penyakit yang ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* yang dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan, iklim, mobilitasi yang tinggi, kepadatan penduduk, perluasan perumahan dan perilaku masyarakat (Kesehatan, 2019).

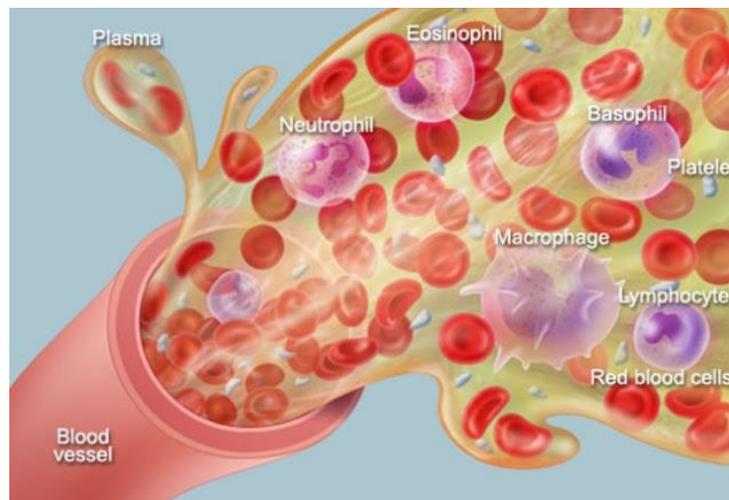
Demam *dengue* atau DF dan demam berdarah *dengue* atau DBD (*dengue hemorrhagic fever* disingkat DHF) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus *dengue* dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan/atau nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam, limfadenopati, trombositopenia dan ditiesis hemoragik. Pada DHF terjadi perembesan plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) atau penumpukan cairan dirongga tubuh. Sindrom renjatan *dengue* yang ditandai oleh renjatan atau syok (Nurarif & Kusuma, 2015)

2. Etiologi

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) disebabkan oleh salah satu dari empat serotipe virus dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*.

Penyebab penyakit DHF adalah virus Dengue. Di Indonesia, virus tersebut sampai saat ini telah diisolasi menjadi 4 serotipe virus Dengue yang termasuk dalam Grup B artharopediborne *viruses arboviruses*, yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, dan DEN-4. Virus ini bisa masuk ke dalam tubuh manusia dengan perantara nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kedua jenis nyamuk ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia (WHO, 2014).

3. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1
Komponen darah
Sumber : (Nerslicious, 2019)

Darah adalah cairan di dalam pembuluh darah yang mempunyai fungsi transportasi oksigen, karbohidrat dan metabolit, mengatur keseimbangan asam dan basa, mengatur suhu tubuh dengan cara konduksi (hantaran), membawa panas tubuh dari produksi panas (hepar dan otot) untuk didistribusikan ke seluruh tubuh,

pengaturan hormon dengan membawa dan menghantarkan dari kelenjar ke sasaran.

Darah mempunyai 2 komponen yaitu padat dan cair. Bagian padat terdiri dari eritrosit, leukosit dan trombosit. Komponen padat merupakan 45% dari seluruh volume darah dan 55 % adalah plasma yang termasuk komponen cair (Syaifuddin, 2016).

a. Eritrosit

Eritrosit dibuat di sumsum tulang yang masih berinti, dalam pembentukannya dibutuhkan zat besi, Vit B12, asam folat, dan rantai globulin yang merupakan senyawa protein.

Pematangan eritrosit diperlukan hormon eritropoetin yang diproduksi oleh ginjal. Umur peredarannya 105-120 hari. Eritrosit dihancurkan di limfa. Jumlah normalnya pada laki-laki 5,5 juta sel/mm³ pada perempuan 4,8 juta sel/mm³ (Syaifuddin, 2016).

b. Leukosit

Leukosit fungsi utamanya adalah sebagai pertahanan tubuh dengan cara menghancurkan antigen (kuman, virus, toksin) yang masuk. Ada 5 jenis leukosit yaitu: neutrofil, eosinofil, basofil, limfosit, dan monosit. Jumlah normal leukosit 6000-9000 /mm³ (Syaifuddin, 2016).

c. Trombosit

Trombosit merupakan keping-keping darah yang dibuat di sumsum tulang, paru-paru, limfa. Umur peredarannya hanya 10 hari.

Jumlahnya pada orang dewasa antara 200.000-300.000 keping/mm³.

Trombosit mempunyai kemampuan untuk melakukan:

- 1) Daya *aglutinasi* (membeku dan menggumpal)
- 2) Daya *adesi* (saling melekat)
- 3) Daya *agregasi*(berkelompok)

Trombosit berfungsi sebagai pembekuan darah dan penghentian perdarahan, begitu pula kerusakan dinding pembuluh darah trombosit akan berkumpul di situ, dan menutup lubang kebocoran dengan saling melekat, berkelompok menggumpal dan kemudian dilanjutkan dengan proses pembekuan darah (Syarifuddin, 2016).

d. Plasma darah

Plasma merupakan bagian yang encer tanpa sel-sel darah, berwarna kekuningan yang dalam rekasinya bersifat alkali. Susunan plasma terdiri atas air 90%, protein 8%(albumin, globulin, protombin, fibrinogen), mineral 0,9%, sisanya terdiri dari bahan organik. Plasma berfungsi sebagai medium untuk menyalurkan makanan, merial, lemak, glukosa, dan asam amino ke jaringan (Syarifuddin, 2016).

4. Klasifikasi

Klasifikasi DHF menurut WHO dalam (Nurarif & Kusuma, 2015)

yaitu :

- a. Derajat I : demam disertai gejala tidak khas, hanya terdapat manifestasi perdarahan (uji torniquet positif)
- b. Derajat II : seperti derajat I disertai perdarahan spontan di kulit dan perdarahan lain
- c. Derajat III : ditemukan kegagalan sirkulasi darah dengan adanya nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun atau hipotensi disertai kulit yang dingin dan lembab, gelisah
- d. Derajat IV : renjatan berat dengan nadi tidak teraba dan tekanan darah yang tidak dapat diukur.

5. Patofisiologi

Virus dengue yang telah masuk ketubuh penderita akan menimbulkan viremia. Hal tersebut akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu dihipotalamus sehingga menyebabkan (pelepasan zat bradikinin, serotinin, trombin, histamin) terjadinya: peningkatan suhu. Selain itu viremia menyebabkan pelebaran pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan perpindahan cairan dan plasma dari intravascular ke intersisiel yang menyebabkan hipovolemia. Trombositopenia dapat terjadi

akibat dari, penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus (Candra, 2019).

Pada pasien dengan trombositopenia terdapat adanya perdarahan baik kulit seperti petekia atau perdarahan mukosa di mulut. Hal ini mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatis secara normal. Hal tersebut dapat menimbulkan perdarahan dan jika tidak tertangani maka akan menimbulkan syok. Masa virus dengue inkubasi 3-15 hari, rata-rata 5-8 hari. Virus akan masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Pertama tama yang terjadi adalah viremia yang mengakibatkan penderita mengalami demam, sakit kepala, mual, nyeri otot pegal pegal di seluruh tubuh, ruam atau bintik bintik merah pada kulit, hiperemia tenggorokan dan hal lain yang mungkin terjadi pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati (hepatomegali) (Candra, 2019).

Kemudian virus bereaksi dengan antibodi dan terbentuklah kompleks virus antibodi. Dalam sirkulasi dan akan mengaktivasi sistem komplemen. Akibat aktivasi C3 dan C5 akan di lepas C3a dan C5a dua peptida yang berdaya untuk melepaskan histamin dan merupakan mediator kuat sebagai faktor meningkatnya permeabilitas dinding kapiler pembuluh darah yang mengakibatkan terjadinya pembesaran plasma ke ruang ekstraseluler. Pembesaran plasma ke ruang ekstraseluler mengakibatkan kekurangan volume plasma, terjadi hipotensi, hemokonsentrasi dan

hipoproteinemia serta efusi dan renjatan (syok). Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) menunjukkan atau menggambarkan adanya kebocoran (perembesan) sehingga nilai hematokrit menjadi penting untuk patokan pemberian cairan intravena (Candra, 2019).

Adanya kebocoran plasma ke daerah ekstra vaskuler di buktikan dengan ditemukan cairan yang tertimbun dalam rongga serosa yaitu rongga peritonium, pleura, dan *pericardium* yang pada otopsi ternyata melebihi cairan yang diberikan melalui infus. Setelah pemberian cairan intravena, peningkatan jumlah trombosit menunjukkan kebocoran plasma telah teratasi, sehingga pemberian cairan intravena harus di kurangi kecepatan dan jumlahnya untuk mencegah terjadi edema paru dan gagal jantung, sebaliknya jika tidak mendapat cairan yang cukup, penderita akan mengalami kekurangan cairan yang akan mengakibatkan kondisi yang buruk bahkan bisa mengalami renjatan. Jika renjatan atau hipovolemik berlangsung lama akan timbul hipoksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian apabila tidak segera diatasi dengan baik (Candra, 2019).

6. Tanda dan Gejala

Manifestasi klinik pada DHF yaitu: (Nurarif & Kusuma, 2015)

- a. Demam tinggi, timbul mendadak, kontinua, kadang bifasik.
- b. Berlangsung antara 2-7 hari.
- c. Nyeri kepala

- d. Nyeri retro-orbital
- e. Muka kemerahan (*facial flushing*), anoreksia, mialgia dan artralgia.
- f. Ruam kulit
- g. Manifestasi perdarahan (petekie atau uji bending positif)
- h. Pemeriksaan serologi dengue positif

Menurut WHO (2012) demam dengue memiliki tiga fase diantaranya fase demam, fase kritis dan fase penyembuhan. Pada fase demam, penderita akan mengalami demam tinggi secara mendadak selama 2-7 hari yang sering dijumpai dengan wajah kemerahan, eritema kulit, myalgia, arthralgia, nyeri retroorbital, rasa sakit di seluruh tubuh, fotofobia dan sakit kepala serta gejala umum seperti anoreksia, mual dan muntah. Tanda bahaya (warning sign) penyakit dengue meliputi nyeri perut, muntah berkepanjangan, letargi, pembesaran hepar >2 cm, perdarahan mukosa, trombositopeni dan penumpukan cairan di rongga tubuh karena terjadi peningkatan permeabilitas pembuluh darah kapiler.

Pada waktu transisi yaitu dari fase demam menjadi tidak demam, pasien yang tidak diikuti dengan peningkatan permeabilitas kapiler tidak akan berlanjut menjadi fase kritis. Ketika terjadi penurunan demam tinggi, pasien dengan peningkatan permeabilitas mungkin menunjukkan tanda bahaya yaitu yang terbanyak adalah kebocoran plasma. Pada fase kritis terjadi penurunan suhu menjadi 37.5-38°C atau kurang pada hari ke 3-8 dari penyakit. Progresivitas leukopenia yang diikuti oleh penurunan

jumlah platelet mendahului kebocoran plasma. Peningkatan hematocrit merupakan tanda awal terjadinya perubahan pada tekanan darah dan denyut nadi. Terapi cairan digunakan untuk mengatasi kebocoran plasma.

Fase terakhir adalah fase penyembuhan. Setelah pasien bertahan selama 24-48 jam fase kritis, reabsorpsi kompartemen ekstravaskuler bertahap terjadi selama 48-72 jam. Fase ini ditandai dengan keadaan umum membaik, nafsu makan kembali normal, gejala gastrointestinal membaik dan status hemodinamik stabil (WHO, 2012).

7. Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien DHF pemeriksaan yang dilakukan yaitu : (Nurarif & Kusuma, 2015)

a. Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah lengkap

- a) Hemoglobin biasanya meningkat, apabila sudah terjadi perdarahan yang banyak dan hebat Hb biasanya menurun

Nilai normal: Hb: 10-16 gr/dL

- b) Hematokrit meningkat 20% karena darah mengental dan terjadi kebocoran plasma.

Nilai normal: 33- 38%

- c) Trombosit biasanya menurun akan mengakibatkan

trombositopenia kurang dari 100.000/ml

Nilai normal: 200.000-400.000/ml

- d) Leukosit mengalami penurunan dibawah normal
- e) Nilai normal: 9.000-12.000/mm³
- 2) Pemeriksaan kimia darah akan menunjukkan: hipoproteinemia, hipokloremia, dan hiponatremia
- 3) Pemeriksaan analisa gas darah, biasanya diperiksa:
 - a) pH darah biasanya meningkat
Nilai normal: 7.35-7.45
 - b) Dalam keadaan lanjut biasanya terjadi asidosis metabolic mengakibatkan pCO₂ menurun dari nilai normal (35 – 40 mmHg) dan HCO₃ rendah.
- 4) Isolasi Virus
- 5) Serologi (Uji H) : respon antibody sekunder
- 6) Pada renjatan yang berat, periksa : PCV (setiap jam), faal hemostatis, FDP, EKG, BUN, kreatinin serum

b. Radiologi

Pada foto dada terdapat efusi pleura, terutama pada hemitoraks kanan tetapi bila terjadi perembesan plasma hebat, efusi pleura ditemui di kedua hemitoraks. Pemeriksaan foto rontgen dada sebaiknya dalam posisi lateral (Wijayaningsih, 2013).

8. Penatalaksanaan

Hasmi (2015) menyatakan bahwa pada dasarnya pengobatan DHF bersifat suportif, yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagai akibat perdarahan. Secara garis besar dibagi menjadi beberapa bagian :

- a. Pemberian oksigen : Terapi oksigen harus selalu diberikan pada semua pasien syok.
- b. Penggantian volume plasma.
- c. Koreksi gangguan metabolik dan elektrolit.
- d. Transfusi darah : pemberian transfusi darah diberikan pada keadaan perdarahan yang nyata seperti *hematemesis* (muntah darah) dan *melena* (BAB berwarna merah kehitaman). Hemoglobin perlu dipertahankan untuk mencapai transport oksigen ke jaringan, sekitar 10g/dl.

Berikut ini tatalaksana pasien *dengue* menurut fase yang dibagi menjadi 3 : (Hasmi, 2015)

- a. Fase febris.
 - 1) Penurunan suhu:
 - a) *Tepid sponge* untuk demam yang sangat tinggi setelah diberikan parasetamol.
 - b) *Antipiretik*, parasetamol 10mg/kgBB/hari jika demam >39' C setiap 4-6 jam

- 2) Pemberian makanan.
 - a) Nutrisi yang lunak akan lebih disukai.
 - b) Susu, jus buah dan cairan elektrolit direkomendasikan jika diit lunak tidak dapat dikonsumsi.
 - c) Pemberian air putih yang adekuat akan menjaga keseimbangan elektrolit.
 - 3) Terapi simptomatik lainnya.
 - a) Domperidon 1 mg/kgBB/hari diberikan 3 kali.
 - b) Antikonvulsan pada pasien kejang demam (diazepam oral).
 - c) H-2 *blocker* (ranitidine, cimetidine) pada pasien dengan gastritis atau perdarahan saluran cerna.
 - 4) Pemberian cairan intravena.
 - 5) Pengawasan tanda kegawatan dan gejala yang mengarah ke syok.

Gejala syok :

 - a) Ujung akral dingin dan lembab.
 - b) Gelisah, rewel pada bayi.
 - c) *Mottled* pada kulit.
 - d) Pengisian kapiler >2 detik.
 - e) Penurunan *diuresis* 4-6 jam.
- b. Fase kritis.
- 1) DHF derajat I dan II.
 - a) Pada hari ke 3,4, dan 5 demam dianjurkan dirawat inap.

- b) Pemantauan TTV setiap hari 1-2 jam selama fase kritis.
 - c) Pemeriksaan kadar hematocrit berkala selama 4-6 jam selama fase kritis.
 - d) Penggantian volume plasma yang hilang akibat pembesaran plasma.
 - e) Jenis cairan yang dipakai yaitu isotonik ringer dan ringer asetat.
 - f) Jumlah cairan diberikan :
 - (1) Berat badan yang digunakan untuk patokan adalah berat ideal.
 - (2) Pemberian cairan intravena harus disesuaikan berdasarkan hasil lab (hemoglobin, hematokrit). Tidak boleh melebihi 6 jam tanpa dievaluasi lagi.
- 2) DHF derajat III dan IV.
- a) Sindrom syok *dengue* merupakan kasus kegawatdaruratan yang membutuhkan penanganan secara cepat dan tepat. Terapi oksigen harus diberikan pada semua pasien syok.
 - b) Penggantian awal cairan intravena dengan larutan kristaloid 20 ml/kgBB dengan tetesan secepatnya. Jika syok belum teratasi dengan dua kali resusitasi, I cairan dapat digantikan dengan koloid 10-20 ml/kgBB selama 10 menit. Jika terjadi perbaikan klinis, segera tukar kembali dengan kristaloid, tetesan

dikurangi secara bertahap dengan tetesan 10 ml/kgBB/jam dan dievaluasi selama 4 - 6 jam. Jika membaik, diturunkan 7 ml/kgBB/jam selanjutnya 5 ml/kgBB/jam dan terakhir 3 ml/kgBB/jam.

c. Fase penyembuhan.

- 1) Penghentian cairan intravena.
- 2) Biarkan pasien istirahat.
- 3) Beberapa pasien akan mengalami *fluid overload* jika pada fase demam sebelumnya mendapatkan cairan berlebihan, untuk mengatasi hal tersebut dapat dilakukan :
 - a) Hilangkan cairan yang ada di *cavum pleura*, dapat menggunakan *diuretic furosemide* (1 ml/kg/dosis), dengan syarat pasien tidak dalam fase perembesan plasma karena akan memicu syok.
 - b) Dilakukan pemasangan kateter terlebih dahulu.
 - c) Pencatatan jumlah urin setiap jam. Urin yang adekuat adalah 0,5 ml/kgBB/jam.
 - d) *Furosemide* dapat diberikan dengan frekuensi sesuai kebutuhan.

9. Komplikasi

Komplikasi yang muncul pada DHF ada 6 yaitu : (Soedarto, 2012)

- 1) Komplikasi susunan syaraf pusat

Komplikasi pada susunan syaraf pusat dapat berbentuk konfusi, kaku kuduk, perubahan kesadaran dan paresis

2) Ensefalopati

Komplikasi neurologic ini terjadi akibat pemberian cairan hipotonik yang berlebihan

3) Infeksi

Pneumonia, sepsis atau flebitis akibat pencemaran bakteri Gram-negatif pada alat-alat yang digunakan pada waktu pengobatan, misalnya pada waktu tranfusi atau pemberian infus cairan.

4) Kerusakan hati

5) Kerusakan otak

6) Renjatan (syok)

Syok biasa dimulai dengan tanda – tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan dan jari kaki serta sianosis disekitar mulut.

B. Masalah Keperawatan

1. Definisi masalah kesehatan

Masalah keperawatan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan

komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

2. Komponen masalah keperawatan

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu Masalah (problem), atau label diagnosis dan indikator Diagnostik. Masing–masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut :

a. Masalah (problem)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya.

b. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan factor risiko dengan uraian sebagai berikut :

1) **Penyebab (*etiologi*)** merupakan factor –faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu : a) fisiologi, biologis atau psikologis; b) Efek terapi/tindakan; c) Situasional (lingkungan atau personal) dan d) maturasional.

2) **Tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*).** Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala

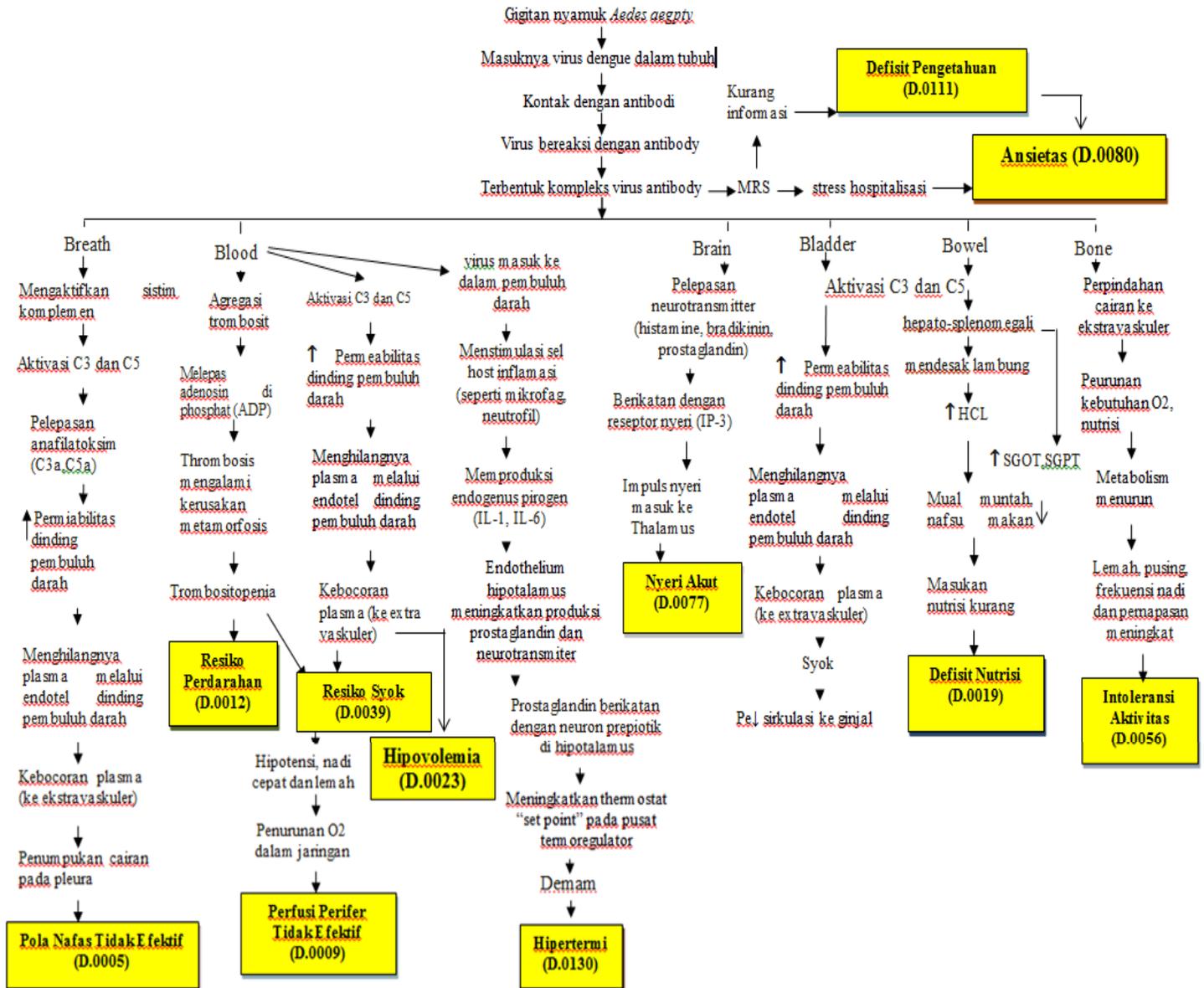
merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis.

Tanda / gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu :

- a) **Mayor** : Tanda/gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis
 - b) **Minor** : Tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis
- c. Faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan (PPNI, 2017).

3. Pathway DHF

Bagan 2.1 Pathway *Dengue Hemorrhagic Fever*



Sumber : (Erdin (2018);(Candra, 2019)) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017)

4. Masalah keperawatan pada pasien DHF

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien menurut (Erdirn (2018);(Candra, 2019)) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) ialah :

a. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

Definisi : inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab :

- 1) Hambatan upaya nafas
- 2) Penurunan energi
- 3) Sindrom hipoventilasi
- 4) Kecemasan

Gejala dan tanda mayor :

1) Subjektif :

Dispnea

2) Objektif :

- a) Penggunaan otot bantu pernapasan
- b) Fase ekspirasi memanjang
- c) Pola nafas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea)

Gejala dan tanda minor :

1) Subjektif :

Ortopnea

2) Objektif :

1. Pernapasan pursed-lip
2. Pernapasan cuping hidung
3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
4. Ventilasi semenit menurun
5. Kapasitas vital menurun
6. Tekanan ekspirasi menurun
7. Tekanan inspirasi menurun
8. Ekskursi dada berubah

b. Nyeri akut (D.0077)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Penyebab :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi)

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif :

Mengeluh nyeri

- 2) Objektif :

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif

- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

1) Subjektif :

(tidak tersedia)

2) Objektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaphoresis

c. Hipovolemia (D.0023)

Definisi : Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler

Penyebab :

- 1) Kehilangan cairan aktif
- 2) Peningkatan permeabilitas kapiler
- 3) Kekurangan intake cairan

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif
 - (tidak tersedia)
- 2) Objektif
 - a) Frekuensi nadi meningkat
 - b) Nadi teraba lemah
 - c) Tekanan darah menurun
 - d) Tekanan nadi menurun
 - e) Turgor kulit menurun
 - f) Membrane mukosa kering
 - g) Volume urin menurun
 - h) Hematokrit meningkat

Gejala dan tanda minor :

- 1) Subjektif
 - a) Merasa lemah
 - b) Mengeluh haus
- 2) Objektif
 - a) Pengisian vena menurun
 - b) Status mental berubah
 - c) Suhu tubuh meningkat
 - d) Konsentrasi urin meningkat
 - e) Berat badan turun tiba – tiba

d. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab :

- 1) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- 2) Kekurangan volume cairan
- 3) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif :
(Tidak tersedia)
- 2) Objektif :
 - a) Pengisian kapiler >3 detik
 - b) Nadi perifer menurun atau tidak teraba
 - c) Akral teraba dingin
 - d) Warna kulit pucat
 - e) Turgor kulit menurun

Gejala dan tanda minor :

- 1) Subjektif
 - a) Parasetia
 - b) Nyeri ekstremitas

- 2) Objektif
 - a) Edema
 - b) Penyembuhan luka lambat
 - c) Indeks *ankle-brachial* >0,90
 - d) Bruit femoralis

e. Hipertermia (D.0130)

Definisi : suhu tubuh meningkat diatas rentang normal

Penyebab :

- 1) Proses penyakit

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif

(tidak tersedia)

- 2) Objektif

Suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan tanda minor :

- 1) Subjektif :

(Tidak tersedia)

- 2) Objektif :

- a) Kulit merah
- b) Kejang
- c) Takikardia

- d) Takipnea
- e) Kulit terasa hangat

f. Defisit Nutrisi (D.0019)

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab :

- 1) Kurangnya asupan makanan
- 2) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- 3) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- 4) Factor psikologis

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif :

(Tidak tersedia)

- 2) Objektif

Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor :

- 1) Subjektif :

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram/ nyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun

- 2) Objektif :

- a) Bising usus hiperaktif

- b) Otot pengunyah lemah
- c) Otot menelan lemah
- d) Membrane mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare

g. Resiko syok (D.0039)

Definisi : berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

Faktor Risiko :

- 1) Hipoksemia
- 2) Hipoksia
- 3) Hipotensi
- 4) Kekurangan volume cairan
- 5) Sindrom response inflamasi sistemik (SIRS)

h. Resiko pendarahan (D.0012)

Definisi : berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)

Faktor resiko :

- 1) Gangguan koagulasi

- 2) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- 3) Proses keganasan

i. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : Ketidacukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari – hari

Penyebab :

- 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2) Kelemahan

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif :

Mengeluh lelah

- 2) Objektif :

Frekuensi jantung meningkat >20 % dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor :

- 1) Subjektif :

a) Dispnea saat/setelah aktivitas

b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

c) Merasa lemah

- 2) Objektif :

a) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat

b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas

c) Gambaaran EKG menunjukkan iskemia

d) Sianosis

j. Ansietas (D.0080)

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk mnghadapi ancaman

Penyebab :

1) Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor :

1) Subyektif :

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

2) Objektif :

- a) Tambah gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

1) Subjektif :

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia

- c) Palpitasi
- d) Merasa tidak berdaya

2) Objektif :

- a) Frekuensi napas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) Tekanan darah meningkat
- d) Diaphoresis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih
- j) Berorientasi pada masa lalu

k. Defisit pengetahuan (D.0111)

Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu

Penyebab :

- 1) Kurang terpapar informasi
- 2) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif :

Menanyakan masalah yang dihadapi

2) Objektif :

- a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan tanda minor :

1) Subjektif :

(tidak tersedia)

2) Objektif :

- a) Menunjukkan pemeriksaan yang tidak tepat
- b) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Anak dengan DHF

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada klien anak dengan DHF ialah :

(Nursalam et al., 2013)

a. Identitas pasien

Nama, umur (pada DHF paling sering menyerang anak-anak dengan usia kurang dari 15 tahun), jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

b. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada anak dengan DHF adalah panas tinggi dan anak lemah.

c. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati, dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemesis.

d. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Penyakit apa saja yang pernah diderita. Pada anak DHF bias mengalami serangan ulangan DHF dengan tipe virus lain.

e. Riwayat imunisasi

Apabila anak mempunyai kekebalan yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindarkan.

f. Riwayat gizi

Status gizi anak yang menderita DHF dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko apabila terdapat faktor predisposisinya. Anak yang menderita DHF sering mengalami keluhan mual, muntah, dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang

mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.

g. Kondisi lingkungan

Sering terjadi di daerah yang padat penduduknya dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar).

h. Pola kebiasaan

- 1) Nutrisi dan metabolisme : frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang, dan nafsu makan makin menurun.
- 2) Eliminasi alvi (buang air besar). Kadang-kadang anak mengalami diare atau konstipasi. Sementara DHF pada grade III-IV bisa terjadi melena.
- 3) Eliminasi urine (buang air kecil) perlu dikaji apakah sering kencing, sedikit/banyak, sakit/tidak. Pada DHF grade IV sering terjadi hematuria.
- 4) Tidur dan istirahat. Anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit/nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya kurang.
- 5) Kebersihan. Upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan cenderung kurang terutama untuk membersihkan tempat sarang nyamuk aedes aegypti.

- 6) Prilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.
- i. Pemeriksaan fisik, meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan (grade DHF), keadaan fisik anak adalah sebagai berikut.
 - 1) Grade I : kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, tanda - tanda vital dan nadi lemah.
 - 2) Grade II : kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, ada perdarahan spontan petekie, perdarahan gusi dan telinga, serta nadi lemah, kecil dan tidak teratur.
 - 3) Grade III : kesadaran apatis, somnolen, keadaan umum lemah, nadi lemah, kecil dan tidak teratur, serta tekanan darah menurun.
 - 4) Grade IV : kesadaran koma, tanda-tanda vital : nadi tidak teraba, tensi tidak terukur, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, berkeringat, dan kulit tampak biru.
 - j. Sistem integument :
 - 1) Adanya petekie pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin dan lembab.
 - 2) Kuku sianosis/tidak.
 - 3) Kepala dan leher
Kepala terasa nyeri, muka tampak kemerahan karena demam (flusi), mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan

(epistaksis) pada grade II, III, IV. Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, terjadi perdarahan gusi, dan nyeri telan.

Sementara tenggorokan mengalami hyperemia faring, dan terjadi perdarahan telinga (pada grade II, III, IV).

4) Dada

Bentuk simetris dan kadang-kadang terasa sesak. Pada foto thorax terdapat adanya cairan yang tertimbun pada paru sebelah kanan (efusi pleura), rales +, ronchi +, yang biasanya terdapat pada grade III dan IV.

5) Abdomen.

Mengalami nyeri tekan, pembesaran hati (hepatomegaly), dan asites.

6) Ekstremitas. Akral dingin, serta menjadi nyeri otot, sendi, serta tulang.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien menurut (Erudin, 2018) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) ialah :

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri

- c. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan kebocoran plasma darah
- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
- e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan nafsu makan berkurang
- g. Resiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan
- h. Resiko pendarahan ditandai dengan trombositopenia
- i. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan
- j. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan merasa khawatir
- k. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Intervensi Keperawatan

Menurut standar intervensi keperawatan Indonesia, intervensi keperawatan pada DHF meliputi : (PPNI, 2018a) (PPNI, 2019)

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambata upaya nafas

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi maka diharapkan pola nafas membaik (L.01004)

Kriteria hasil :

- a) Frekuensi, irama dan kedalaman pernapasan membaik
- b) Penggunaan otot –otot bantu pernapasan menurun
- c) Kapasitas vital meningkat

2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b) Monitor bunyi nafas tambahan

Terapeutik

- a) Posisikan semi fowler atau fowler
- b) Mempertahankan kepatenan jalan napas pasien

Edukasi

Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi maka diharapkan nyeri dapat menurun (L.08066)

Kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun

- d) Gelisah menurun
- e) Kesulitan tidur menurun

2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri)
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respons nyeri non verbal

Terapeutik

- a) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Edukasi

- a) Ajarkan teknik non farmakologis (mis. Teknik nafas dalam)

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)

c. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan kebocoran plasma darah

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi maka diharapkan status cairan tubuh anak membaik (L.03028)

Kriteria hasil :

- a) Kekuatan nadi dan turgor kulit meningkat
- b) Intake cairan membaik
- c) Kadar ht membaik

2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun dll)
- b) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- a) Hitung kebutuhan cairan

Edukasi

- a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian terapi cairan dan cek serum elektrolit

d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi maka diharapkan keadkuatan aliran darah meningkat (L.02011)

Kriteria hasil :

- a) Tekanan sistol dan diastole meningkat
- b) Denyut nadi perifer meningkat
- c) Akral dan turgor kulit membaik

2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Monitor tanda-tanda vital

- b) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

- a) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)

Edukasi

- a) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgesik, *jika perlu*

e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi maka diharapkan suhu tubuh membaik (L.14134)

Kriteria hasil :

- a) Suhu tubuh membaik
- b) Menggigil menurun
- c) Suhu kulit membaik

- 2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Identifikasi penyebab hipertermia

b) Monitor suhu tubuh

Terapeutik

a) Berikan cairan oral

b) Lakukan pendinginan eksternal (mis. Kompres)

Edukasi

a) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

a) Kolaborasi untuk pemberian antipiretik

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan nafsu makan berkurang

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan asupan nutrisi membaik (L.03030)

Kriteria hasil :

a) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat

b) Perasaan cepat kenyang menurun

c) Frekuensi makan membaik

d) Nafsu makan membaik

2) Rencana tindakan :

Observasi

a) Monitor asupan makanan

b) Monitor adanya penurunan berat badan

c) Identifikasi makanan yang disukai

Terapeutik

- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, *jika perlu*

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, *jika perlu*
- b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

g. Resiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat syok menurun (L.03032)

Kriteria hasil :

- a) Kekuatan nadi meningkat
- b) Tingkat kesadaran meningkat
- c) Frekuensi nafas membaik
- d) Frekuensi nadi membaik
- e) Tekanan darah sistolik dan diastolic membaik

2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dll)
- b) Monitor status cairan

c) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil

Terapeutik

a) Pasang jalur IV, *jika perlu*

Edukasi

a) Jelaskan penyebab atau factor resiko syok

b) Jelaskan tanda dan gejala awal syok

c) Anjurkan melaporkan jika menemukan atau merasakan tanda dan gejala awal syok

Kolaborasi

a) Kolaborasi untuk pemberian terapi cairan dan produk darah, *jika perlu*

h. Resiko pendarahan ditandai dengan trombositopenia

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat pendarahan menurun (L.02017)

Kriteria hasil :

a) Tekanan darah membaik

b) Kelembapan membrane mukosa meningkat

c) Hemoglobin dan hematocrit membaik

2) Rencana tindakan :

Observasi

a) Monitor tanda dan gejala pendarahan

- b) Monitor nilai hematocrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- c) Monitor tanda koagulasi

Terapeutik

- a) Pertahankan bed rest selama pendarahan

Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala pendarahan
- b) Anjurkan segera melapor jika terjadi pendarahan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah (jika perlu)

i. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047)

Kriteria hasil :

- a) Keluhan lelah menurun
- b) Perasaan lelah menurun
- c) Frekuensi nadi meningkat

- 2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Monitor pola dan jam tidur
- b) Kaji hal-hal yang mampu atau yang tidak mampu dilakukan oleh pasien.

Terapeutik

- a) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring
- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

j. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan ansietas menurun (L.09093)

Kriteria hasil :

- a) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- b) Perilaku gelisah menurun
- c) Pola tidur membaik

- 2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Monitor tanda – tanda ansietas.

Terapeutik

- a) Bangun kepercayaan, keamanan dan hak untuk mendapatkan akses dengan hati - hati.

- b) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

Edukasi

- a) Sediakan informasi faktual (nyata dan benar) kepada pasien dan keluarga menyangkut diagnosis, perawatan dan prognosis.
- b) Lakukan tindakan pengalihan untuk menurunkan tingkat kecemasan (misalnya : terapi bermain).

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

k. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan kecukupan informasi meningkat (1.12111)

Kriteria hasil :

- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- b) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat

- 2) Rencana tindakan :

Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplimentasikan intervensi keperawatan (Kozier, 2011).

Implementasi proses keperawatan terdiri rangkaian aktivitas keperawatan dari hari ke hari yang harus dilakukan dan didokumentasikan dengan cermat. Perawat melakukan pengawasan terhadap efektifitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Bagian dari pengumpulan data ini mempraksarai tahap evaluasi proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus melaksanakan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan (Dinarti et al., 2013)

Dalam melakukan implementasi keperawatan, perawat dapat melakukannya sesuai dengan rencana keperawatan dan jenis implementasi keperawatan. Pada pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain independent implementation, collaborative implementation dan dependent implementation (Ayunda, 2014).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk

setiap diagnose keperawatan meliputi data subyektif (S) data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (*progress note*) (Dinarti et al., 2013).

D. Konsep Keperawatan Anak

1. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Menurut Soetjiningsih (2012), pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bias diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Dalam pengertian lain dikatakan bahwa pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh baik sebagian maupun seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel Sedangkan perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan serta struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang terorganisasi dan berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Dalam hal ini

perkembangan juga termasuk perkembangan emosi, intelektual dan perilaku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik (kuantitas), sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu yang merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan system neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi (kualitas). Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia secara utuh (Soetjiningsih, 2012).

a. Ciri – ciri pertumbuhan

- 1) Perubahan proporsi tubuh yang dapat diamati pada masa bayi dan dewasa.
- 2) Hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Perubahan ini ditandai dengan tanggalnya gigi susu dan timbulnya gigi permanen, hilangnya refleks primitif pada masa bayi, timbulnya tanda seks sekunder dan perubahan lainnya.
- 3) Kecepatan pertumbuhan tidak teratur. Hal ini ditandai dengan adanya masa-masa tertentu dimana pertumbuhan berlangsung cepat yang terjadi pada masa prenatal, bayi dan remaja (*adolesan*). Pertumbuhan berlangsung lambat pada masa pra sekolah dan masa sekolah (Soetjiningsih, 2012).

b. Ciri – ciri perkembangan yaitu : (Soetjiningsih, 2012)

1) Perkembangan menimbulkan perubahan.

Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.

2) Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya.

Seorang anak tidak bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Contoh: seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia berdiri dan ia tidak bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fungsi anak terhambat. Perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.

3) Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda.

Sebagaimana pertumbuhan, perkembangan juga mempunyai kecepatan yang berbeda-beda baik dalam pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ. Kecepatan pertumbuhan dan perkembangan setiap anak juga berbeda-beda.

4) Pertumbuhan berkorelasi dengan perkembangan.

Pada saat pertumbuhan berlangsung, maka perkembanganpun mengikuti. Terjadi peningkatan kemampuan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain pada anak, sehingga pada anak sehat seiring bertambahnya umur maka bertambah pula tinggi dan berat badannya begitupun kepandaianya.

5) Perkembangan mempunyai pola yang tetap.

Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut hukum yang tetap, yaitu:

a) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggota tubuh (*pola sefalokaudal*).

b) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (*pola proksimodistal*).

6) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan.

Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap - tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak mampu berjalan dahulu sebelum bisa berdiri.

2. Batasan Usia Anak

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang

yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun. Berdasarkan Konvensi Hak-hak Anak yang disetujui oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-bangsa yang dimaksud Anak adalah setiap orang yang berusia di bawah 18 tahun, kecuali berdasarkan undang-undang yang berlaku bagi anak ditentukan bahwa usia dewasa dicapai lebih awal (Soediono, 2014).

3. Falsafah Keperawatan Anak

Falsafah keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, diantaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan.

a. Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep

diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan.

Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses

perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme coping yang baik dan matang (Yuliastati & Arnis, 2016).

b. Sehat-sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual.

Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan (Yuliastati & Arnis, 2016).

c. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak (Yuliasati & Arnis, 2016).

d. Keperawatan

Komponen ini merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga

mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai

masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Yuliastati & Arnis, 2016).

4. Prinsip Keperawatan Anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan-perbedaan yang diperhatikan dimana harus disesuaikan dengan usia anak serta pertumbuhan dan perkembangan karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis anak itu sendiri. Perawat harus memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari:

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- b. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan

psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.

- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
- d. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
- e. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (*etik*) dan aspek hukum (*legal*).
- f. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun

eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.

- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak (Yuliasati & Arnis, 2016).

5. Peran Perawat Anak

Perawat merupakan anggota dari tim pemberi asuhan keperawatan anak dan orang tuanya. Perawat dapat berperan dalam berbagai aspek dalam memberikan pelayanan kesehatan dan bekerjasama dengan anggota tim lain, dengan keluarga terutama dalam membantu memecahkan masalah yang berkaitan dengan perawatan anak. Mari kita bahas secara jelas tentang peran perawat anak. Perawat merupakan salah satu anggota tim kesehatan yang bekerja dengan anak dan orang tua. Beberapa peran penting seorang perawat, meliputi:

a. Sebagai pendidik.

Perawat berperan sebagai pendidik, baik secara langsung dengan memberi penyuluhan/pendidikan kesehatan pada orang tua maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua/anak memahami pengobatan dan perawatan anaknya. Kebutuhan orang tua terhadap pendidikan kesehatan dapat mencakup pengertian dasar penyakit anaknya, perawatan anak selama dirawat di rumah sakit, serta

perawatan lanjut untuk persiapan pulang ke rumah. Tiga domain yang dapat dirubah oleh perawat melalui pendidikan kesehatan adalah pengetahuan, keterampilan serta sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit.

b. Sebagai konselor

Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan/dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling keperawatan ketika anak dan keluarganya membutuhkan. Hal inilah yang membedakan layanan konseling dengan pendidikan kesehatan. Dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik maka perawat dapat saling bertukar pikiran dan pendapat dengan orang tua tentang masalah anak dan keluarganya dan membantu mencari alternatif pemecahannya.

c. Melakukan koordinasi atau kolaborasi.

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif. Perawat berada pada posisi kunci untuk menjadi koordinator pelayanan kesehatan karena 24 jam berada di samping pasien. Keluarga adalah mitra perawat, oleh karena itu kerjasama dengan keluarga juga harus terbina dengan baik tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari

keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secara aktif.

d. Sebagai pembuat keputusan etik.

Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai normal yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal-hal yang merugikan pasien dan keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus terlibat dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan di tingkat kebijakan. Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Perawat yang paling mengerti tentang pelayanan keperawatan anak. Oleh karena itu perawat harus dapat meyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.

e. Sebagai peneliti.

Sebagai peneliti perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan penelitian langsung dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan

tujuan meningkatkan kualitas praktik/asuhan keperawatan pada anak. Pada peran ini diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam melihat fenomena yang ada dalam layanan asuhan keperawatan anak sehari-hari dan menelusuri penelitian yang telah dilakukan serta menggunakan literatur untuk memvalidasi masalah penelitian yang ditemukan. Pada tingkat kualifikasi tertentu, perawat harus dapat melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak (Yuliasati & Arnis, 2016).

6. Konsep Hospitalisasi

a. Pengertian hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan (Nurfatihah, 2019).

Hospitalisasi merupakan kondisi krisis bagia anak dan dapat menyebabkan stress. Stress hospitalisasi dapat disebabkan oleh perubahan kegiatan lingkungan, keterbatasan mekanisme koping pada anak, kehilangan control, dan nyeri (Nurlaila et al., 2018).

b. Dampak hospitalisasi

Proses hospitalisasi mempengaruhi anak-anak dengan cara yang berbeda, tergantung pada usia, alasan untuk rawat inap mereka, dan

temperamen. Temperamen adalah bagaimana anak bereaksi terhadap situasi baru atau *unfamiliar*.

Anak akan menunjukkan berbagai perilaku sebagai reaksi terhadap pengalaman hospitalisasi. Reaksi tersebut bersifat individual dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia, dan kemampuan koping yang dimilikinya. Pada umumnya reaksi anak terhadap sakit adalah kecemasan karena perpisahan dengan keluarga dan teman, berada di lingkungan baru, menerima investigasi dan perawatan, serta kehilangan kontrol diri. Anak juga biasanya kehilangan kepercayaan diri karena dianggap sakit. Biasanya orang disekitarnya akan sangat membatasi aktivitas yang boleh dilakukan.

Reaksi anak terhadap sakit dan proses hospitalisasi sesuai dengan tahapan perkembangan anak ialah : (Mendri & Prayogi, 2016)

1) Bayi (0-1 tahun)

Bila bayi berpisah dengan orang tua, maka pembentukan rasa percaya dan pembinaan kasih sayangnya terganggu. Pada bayi usia 6 bulan sulit untuk memahami secara maksimal bagaimana reaksi bayi bila dirawat, Karena bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya. Sedangkan pada bayi dengan usia yang lebih dari 6 bulan, akan banyak menunjukkan perubahan. Pada bayi usia 8 bulan atau lebih telah mengenal ibunya sebagai orang yang berbeda-beda

dengan dirinya, sehingga akan terjadi “*Stranger Anxiety*” (cemas pada orang yang tidak dikenal), sehingga bayi akan menolak orang baru yang belum dikenal. Kecemasan ini dimanifestasikan dengan menangis, marah dan pergerakan yang berlebihan. Disamping itu bayi juga telah merasa memiliki ibunya, sehingga jika berpisah dengan ibunya akan menimbulkan *Separation Anxiety* (cemas akan berpisah). Hal ini akan kelihatan jika bayi ditinggalkan oleh ibunya, maka akan menangis sejadi-jadinya, melekat dan sangat tergantung dengan kuat.

2) Toddler (1-3 tahun)

Toddler belum mampu berkomunikasi dengan menggunakan bahasa yang memadai dan pengertian terhadap realita terbatas. Hubungan anak dengan ibu sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan orang yang terdekat bagi diri anak dan lingkungan yang dikenal serta akan mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Disebutkan bahwa sumber stress utama pada anak yaitu akibat perpisahan (usia 15-30 bulan). Anxietas perpisahan disebut juga *Analitic Depression* respon perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

a) Tahap Protes (Protest)

Pada tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku

agresif agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang lain.

b) Tahap Putus Asa (*Despair*)

Pada tahap ini anak tampak tenang, menangis berkurang, tidak aktif, kurang minat untuk bermain, tidak nafsu makan, menarik diri, sedih dan apatis.

c) Tahap menolak (*Denial/Detachment*)

Pada tahap ini secara samar-samar anak menerima perpisahan, membina hubungan dangkal dengan orang lain serta kelihatan mulai menyukai lingkungan. Toddler telah mampu menunjukkan kestabilan dalam mengontrol dirinya dengan mempertahankan kegiatan rutin seperti makan, tidur, mandi, toileting dan bermain. Akibat sakit dan dirawat di Rumah Sakit, anak akan kehilangan kebebasan dan pandangan egosentrisnya dalam mengembangkan otonominya. Hal ini akan menimbulkan regresi. Ketergantungan merupakan karakteristik dari peran sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan negatifistik dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronik) maka anak akan berespon dengan menarik diri dari hubungan interpersonal.

3) Pra Sekolah (3-6 tahun)

Anak usia Pra Sekolah telah dapat menerima perpisahan dengan orang tuannya dan anak juga dapat membentuk rasa percaya dengan orang lain. Walaupun demikian anak tetap membutuhkan perlindungan dari keluarganya. Akibat perpisahan akan menimbulkan reaksi seperti : menolak makan, menangis pelan-pelan, sering bertanya misalnya : kapan orang tuanya berkunjung, tidak kooperatif terhadap aktifitas sehari-hari. Kehilangan kontrol terjadi karena adanya pembatasan aktifitas sehari-hari dan karena kehilangan kekuatan diri. Anak pra sekolah membayangkan bahwa dirawat di rumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya dihambat. Anak akan berespon dengan perasaan malu, bersalah dan takut. Anak usia pra sekolah sangat memperhatikan penampilan dan fungsi tubuh. Mereka menjadi ingin tahu dan bingung melihat seseorang dengan gangguan penglihatan atau keadaan tidak normal.

Pada usia ini anak merasa takut bila mengalami perlukaan, anak menganggap bahwa tindakan dan prosedur mengancam integritas tubuhnya. Anak akan bereaksi dengan agresif, ekspresif verbal dan dependensi. Maka sulit bagi anak untuk percaya bahwa infeksi, mengukur tekanan darah, mengukur suhu perrektal dan prosedur tindakan lainnya tidak akan menimbulkan perlukaan.

4) Sekolah (6-12 tahun)

Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan ketrampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua namun tidak memerlukan selalu ditemani oleh orang tuanya. Pada usia ini anak berusaha independen dan produktif. Akibat dirawat di rumah sakit menyebabkan perasaan kehilangan kontrol dan kekuatan. Hal ini terjadi karena adanya perubahan dalam peran, kelemahan fisik, takut mati dan kehilangan kegiatan dalam kelompok serta akibat kegiatan rutin rumah sakit seperti bedrest, penggunaan pispot, kurangnya privacy, pemakaian kursi roda, dll. Anak telah dapat mengekspresikan perasaannya dan mampu bertoleransi terhadap rasa nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri atau sakit dengan cara menggigit bibir atau menggengam sesuatu dengan erat. Anak ingin tahu alasan tindakan yang dilakukan pada dirinya, sehingga ia selalu mengamati apa yang dikatakan perawat.

5) Remaja (12-18 tahun)

Kecemasan yang timbul pada anak remaja yang dirawat di rumah sakit adalah akibat perpisahan dengan teman-teman sebaya dan kelompok. Anak tidak merasa takut berpisah dengan orang tua akan tetapi takut kehilangan status dan hubungan dengan teman

sekelompok. Kecemasan lain disebabkan oleh akibat yang ditimbulkan oleh akibat penyakit fisik, kecacatan serta kurangnya *privacy*. Sakit dan dirawat merupakan ancaman terhadap identitas diri, perkembangan dan kemampuan anak. Reaksi yang timbul bila anak remaja dirawat, ia akan merasa kebebasannya terancam sehingga anak tidak kooperatif, menarik diri, marah atau frustrasi. Remaja sangat cepat mengalami perubahan *body image* selama perkembangannya. Adanya perubahan dalam *body image* akibat penyakit atau pembedahan dapat menimbulkan stress atau perasaan tidak aman. Remaja akan berespon dengan banyak bertanya, menarik diri dan menolak orang lain.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk *review* kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien anak dengan DHF. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan anak yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan adalah dua orang klien anak dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam dengan kriteria subjek :

1. Subjek dua anak dengan penyakit DHF derajat I, II, III
2. Subjek dua anak dengan penyakit DHF usia 0 hingga 14 tahun.
3. Subjek dua anak dengan penyakit DHF berjenis kelamin laki – laki atau perempuan.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul penelitian. Definisi operasional pada penelitian ini ini adalah :

1. *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF)

DHF adalah penyakit yang ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*, terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus* yang dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Untuk menentukan penyakit DHF berdasarkan diagnosa medis dan laporan medik yang dapat di lihat pada catatan rekam medik pasien.

2. Asuhan Keperawatan pada Anak

Serangkaian proses tindakan profesional dalam praktik keperawatan pada klien anak dengan diagnosa DHF yang diketahui dari diagnosa medis dokter diberikan secara langsung kepada klien anak dalam tatanan pelayanan kesehatan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu klien 1 di RSI Ibnu Sina Padang dan klien 2 di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Waktu penelitian pada klien 1 tanggal 23 Mei – 27 Mei 2017 dan klien dua tanggal 21 Juni - 24 Juni 2019.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini berupa studi kasus dengan metode *case riview* melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
2. Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh.
3. Setelah disetujui oleh pembimbing, kemudian membuat *review* kasus dari kedua klien.

F. Metode dan instrument Pengumpulan Data

Metode dan Instrument yang digunakan pada peneliti adalah:

1. Teknik Pengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data yang digunakan pada penyusunan karya ilmiah ini berdasarkan literatur, antara lain :

a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dan lain-lain. Sumber data dari klien, keluarga, atau rekam medik.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi yang dapat dilakukan dari hasil laboratorium. Pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik : inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi (IAPP) pada tubuh klien.

c. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan data yang didapatkan dari pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Anak sesuai ketentuan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Penelitian ini keabsahan ditujukan dengan integritas peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan dan menggali sumber informasi dari klien dan keluarga yaitu menggunakan integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat, dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

H. Analisis Data

Pada studi kasus, analisis data diolah menggunakan aturan-aturan yang disesuaikan dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan. Dalam analisis data, data yang dikumpulkan dikaitkan dengan konsep, teori, prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah keperawatan.

Cara analisis data:

1. Validasi data, teliti kembali data yang telah terkumpul.

2. Mengelompokan data berdasarkan kebutuhan bio-psoko-sosiospiritual.
3. Membandingkan data-data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang abnormal dengan konsep teori Antara 2 responden.
4. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah keperawatan) yang ditemukan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan mengenai asuhan keperawatan klien anak dengan DHF dan gambaran lokasi umum penelitian, yaitu pada klien 1 di RSI Ibnu Sina Padang dan klien 2 di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Klien 1 dengan judul Asuhan Keperawatan pada An. H dan An. N Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) di RSI Ibnu Sina Padang (Fauziah, 2017) dan klien 2 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada An. D Dengan Demam Hemorrhagic Fever (DHF) Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019 (Putri, 2019). Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi yang digunakan dalam penyusunan KTI studi kasus serta pengambilan data adalah di RSI Ibnu Sina Padang dan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah terakreditasi Paripurna. Pada klien 1 lokasi pengambilan data berada di RSI Ibnu yang beralamat di JL. Gajah Mada, Gn. Pangilun, Kecamatan Padang Utara, Kota Padang. RSI Ibnu Sina memiliki fasilitas IGD (24 Jam), Kamar Bersalin, Kamar Operasi/RR, Pelayanan Medical Check-Up, Fasilitas Pelayanan Medis Lainnya seperti Farmasi, Laboratorium, Laboratorium Klinik, Laboratorium Patologi Anatomi,

Fisioterapi, Radiologi, ECG, USG, HSG, Audiometri, Treadmil, Pacho dan juga fasilitas pelayanan rawat inap. RSI Ibnu Sina memiliki fasilitas rawat inap dengan kapasitas 124 tempat tidur yang terdiri dari presiden suite, VVIP, VIP, isolasi, ICU dan kelas I, II, II. Sedangkan pada klien 2 pengambilan data dilakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar yang beralamat di JL. Dr. Abdul Rivai No. 1, Bukit Apit Puhun, Kecamatan Guguk Panjang, Kota Bukittinggi. RSUD Dr. Achmad Mochtar memilii fasilitas pelayanan rawat inap yang terbagi menjadi VVIP, instalasi rawat inap bedah, instalasi rawat inap non bedah, instalasi kesehatan anak, instalasi kesehatan anak. Hasil yang diperoleh disajikan pada tabel sebagai berikut :

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1) Anamnese

Tabel 4.1 Hasil anamnesis Klien Anak dengan *Dengue Hemorrhagic Fever*

No	Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
1	Nama	An. H	An. D
2	No Registrasi	0670.xx	5227.xx
3	Tanggal Lahir / Umur	18 Desember 2007/10 tahun	29 Februari 2006/13 tahun
4	Jenis Kelamin	Laki – laki	Perempuan
5	Nama <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	Tn. A Ny. N	Tn. D Ny. S
6	Umur <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	50 Tahun 44 Tahun	Tidak ada data
7	Pekerjaan <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	PNS Ibu rumah tangga	Petani Ibu Rumah Tangga

8	Pendidikan <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	S1 SLTA	Tidak ada data
9	Alamat	Griya Karisma Permai 3 blok B 28 Kubu Dalam	Jorong Bateh Sariak , Nagari Nan Tujuh Kecamatan Palupuah, Kabupaten Agam
10	No. Telp/ HP	0813-4808-xxxx	Tidak ada data
11	Agama	Islam	Islam
12	Suku/Bangsa <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	Minang Minang	Minang Minang
13	Masuk RS tanggal	23 Mei 2017	20 Juni 2019
14	Tanggal Pengkajian	23 Mei 2017	21 Juni 2019
15	Di Rawat di Ruangan	Zam – zam 9	Inap Anak
16	Keluhan Utama	Keluarga mengatakan An. H masuk ke RSI Ibnu Sina Padang melalui IGD pada tanggal 23 Mei 2017 jam 09.45 dengan keluhan demam sudah 4 hari yang lalu, mual dan muntah, perut terasa sakit, nyeri pada persendian, dan sakit kepala. Tanda- tanda vital: S: 37,5°C, HR: 90 x/I, TD: 100/60 mmHg	Ibu klien mengatakan demam sejak 4 hari yang lalu, ibu mengatakan suhu tubuh masih turun naik, ibu klien juga mengatakan klien tidak ada buang air besar sejak hari minggu sebelum masuk rumah sakit, ibu klien mengatakan nafsu makan pasien menurun, minum kurang, ibu klien mengatakan trombosit klien menurun. Klien juga mengatakan badan terasa letih dan terasa pusing saat duduk dan berdiri.

17	<p>Riwayat Penyakit Sekarang</p>	<p>Pengkajian dilakukan pada hari Selasa 23 Mei 2017 jam 13.15 wita.</p> <p>Keluarga mengatakan An. H masuk ke RSI Ibnu Sina Padang melalui IGD dengan keluhan demam sudah 4 hari yang lalu, mual dan muntah, perut terasa sakit, nyeri pada persendian, dan sakit kepala. Tanda- tanda vital: S: 38,2°C, HR: 81 x/menit, RR : 21x/m TD: 110/80 mmHg. Pada saat dikaji di ruangan, keluarga mengatakan kondisi An. H sekarang badan terasa hangat, sakit kepala, perut masih terasa sakit, nyeri pada persendian dan nafsu makan berkurang. Telah dilakukan pemasangan IVFD dengan cairan kristaloid (RL) 20 tts/menit di tangan sebelah kiri. Saat dilakukan pengkajian merupakan hari pertama rawat, selama dirawat terdapat beberapa data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium.</p>	<p>Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Juni 2019.</p> <p>Keluarga mengatakan An. D datang ke IGD tanggal 20 Juni 2019 jam 12.30 dengan keluhan demam sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, mimisan satu jam sebelum dibawa ke rumah sakit, muntah 2 kali dan susah BAB. Pada saat dikaji tanggal 21 Juni Ibu klien mengatakan demam sejak 4 hari yang lalu, ibu mengatakan suhu tubuh masih turun naik, ibu klien juga mengatakan klien tidak ada buang air besar sejak hari minggu sebelum masuk rumah sakit, ibu klien mengatakan nafsu makan pasien menurun, minum kurang, ibu klien mengatakan trombosit klien menurun. Klien juga mengatakan badan terasa letih dan terasa pusing saat duduk dan berdiri. Tanda – tanda vital : TD : 100/70 mmHg, N : 64 x/m, RR: 20 x/m, S : 36,5 °C. Telah dilakukan pemasangan IVFD dengan cairan kristaloid (RL) 30 tts/menit di tangan sebelah kiri. Saat dilakukan pengkajian merupakan hari kedua rawat, selama dirawat terdapat beberapa data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium.</p>
----	----------------------------------	--	---

17	Riwayat Penyakit Dahulu	An. H mengatakan tidak pernah di rawat sebelumnya dengan penyakit yang lain maupun sakit DHF sebelumnya.	Ibu klien mengatakan klien pernah di rawat pada umur 4 tahun di RSUD Achmad Mochtar dengan penyakit sama.
18	Riwayat Kesehatan Keluarga	Salah satu keluarga An. H juga sedang mengalami sakit DHF yaitu kakak kandung An. H yang tinggal serumah. Tidak ada keluarga lainnya yang memiliki penyakit hipertensi, DM, jantung dan penyakit lainnya.	Ibu klien mengatakan keluarga klien ada yang sedang mengalami penyakit yang sama yaitu kakak klien, ibu mengatakan ibu memiliki penyakit vertigo, dan tidak ada keluarga lainnya yang memiliki penyakit hipertensi, DM, jantung dan penyakit lainnya.
19	Masa Prenatal	Tidak ada data	Ibu klien mengatakan saat hamil klien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan 1 x 1 bulan ke bidan. Ibu klien tidak ada mengkonsumsi obat-obatan saat hamil.
20	Natal	Tidak ada data	Ibu klien melahirkan klien secara normal di RS. Achmad Mochtar, usia kehamilan saat lahir 9 bulan 15 hari. Berat Badan 4 Kg, Panjang Badan 47 cm.
21	Post Natal	Tidak ada data	Keadaan ibu saat pasca melahirkan tidak ada mengalami perdarahan, ASI ibu dapat keluar dan banyak.

22	Riwayat Sosial	Tidak ada data	Klien tinggal di kos bersama kakaknya. Dan orang tua klien sering ke kosan klien dan orang tua klien sangat sayang dengan klien. Saat di rumah sakit ibu dan ayah klien selalu menemani klien dan anggota keluarga yang lain bergantian untuk menjaga klien. Hubungan kiln dngan teman sebayanya baik.
23	Kebutuhan Dasar	<p>Sebelum sakit: Ibu mengatakan An.H selalu menghabiskan makanannya dengan komposisi nasi, lauk pauk dan sayuran. An.H makan di rumah 3x/hari. Tidak ada kebiasaan tidur siang karena An H beraktivitas dan sekolah . Tidur malam biasa \pm 6 jam. Kebiasaan mandi 2x/hari, BAK 4-5 x/hari, BAB 1x/hari.</p> <p>Saat sakit: Selama di RS An.S makan hanya $\frac{1}{4}$ diit yang diberikan dan minum 4-5x/hari. An. H mengalami penurunan berat badan dari 38 menjadi 36 kg. Saat malam hari An. H sering terbangun dan tidak nyenyak pada saat tidur. Tidur malam hanya selama \pm2 jam. Kebiasaan BAK menjadi lebih sering \pm 7-8x/hari dan BAB 2 x/hari dengan</p>	<p>Sebelum sakit: Klien mengatakan suka makan ayam, ikan, nasi goreng, mangga, pisang, dan makanan yang tidak disukai klien adalah nanas. An. D makan di rumah 3x/hari. Berat badan sebelum sakit 45 kg. Kebiasaan mandi 2x/hari, BAK 4x/hari, BAB 1x/hari.</p> <p>Saat Sakit : Selama di RS An.D makan hanya 3 sendok dari porsi yang diberikan dan hanya mau minum sedikit. An. D mengalami penurunan berat badan yang cukup signifikan dari 45 kg menjadi 38 kg. Saat siang hari pasien tidur \pm 4 jam dan malam hari \pm 6 jam. Semenjak sakit klien tidak pernah mandi, dan belum ada BAB. BAK 4x/hari.</p>

		konsistensi cair, bau khas warna kekuningan	
24	Keadaan Kesehatan saat ini	<p>Klien masuk dengan diagnosa DHF Grade I badannya teraba hangat, sakit kepala masih terasa, perut terasa sakit dan nyeri pada persendian.</p> <p>Status nutrisi klien, selama sakit anak mengalami penurunan nafsu makan.</p> <p>Berat badan An.H mengalami penurunan setelah anak masuk rumah sakit.</p> <p>Berat badan An.H saat ini 36 kg (Sebelum sakit 38 kg)</p> <p>Status Cairan, An.H mau minum air putih minum hanya sedikit-sedikit sehari hanya menghabiskan 4-5, Mukosa bibir kering.</p> <p>An.S diberikan terapi cairan kristaloid (RL) 20 tts/menit. Klien diberikan obat Paracetamol 500mg 3x1, Trolit 3x1, dan Ranitidine syr 2x1</p>	<p>Klien mengalami suhu tubuh yang naik turun sejak 4 hari yang lalu. Tampak bintik – bintik merah pada tangan.</p> <p>Status nutrisi klien saat sakit anak mengalami penurunan nafsu makan.</p> <p>Berat badan An. D mengalami penurunan.</p> <p>Berat badan An. D saat ini 38 kg (sebelum sakit 45 kg)</p> <p>Status cairan, An. D hanya mau minum air sedikit. Klien sudah 3 hari tidak BAB. Klien mengatakan badan terasa letih dan pusing. Mukosa bibir kering.</p> <p>An. D diberikan terapi Paracetamol tablet 3x500 mg dan Infus RL 30 tts/menit</p>
25	Pemeriksaan DDST (Pemeriksaan tumbuh kembang tidak dapat dilakukan karena anak sedang sakit. Informasi yang diberikan diperoleh dari orangtua)	Tidak ada data	<p>1.Kemandirian dan Bergaul Klien sangat mandiri saat bermain, klien sudah mampu mandi atau memakai pakaian sendiri dan berinteraksi dengan keluarga secara baik.</p> <p>2.Motorik Halus Klien mampu membaca, menggambar dan belajar sendiri</p>

			<p>3. Motorik Kasar Klien mampu berjalan mundur dan melangkah, klien mampu bermain aktif saat sehat dan tidak ada kendala saat berjalan dan bermain.</p> <p>4. Kognitif dan Bahasa Klien mampu menjawab dengan benar dan berbahasa Indonesia atau bahasa minang dengan benar. Klien mampu mengucapkan kata-kata lebih dari 2 kata atau mengucapkan dengan baik.</p>
26	Lain-lain	An.H tinggal di lingkungan komplek perumahan yang padat. Keluarga mengatakan di rumah memakai bak mandi yang dikuras 1 kali dalam 2 minggu. Keluarga juga mengatakan di sekitar rumah juga ada yang mengalami penyakit DHF.	Ditemukan disekitar lingkungan kos An. D tinggal banyak yang mengalami penyakit yang sama (DHF). Pada saat berkomunikasi dengan perawat klien tampak malu tapi klien sangat kooperatif dan mudah akrab.

Sumber : Fauziah (2017) & Putri (2019)

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil pengkajian pada klien 1 pada hari pertama rawat dan klien 2 pada hari kedua rawat. Klien 1 bernama An. H berjenis kelamin laki-laki, berumur 10 tahun yang dirawat di RSI Ibnu Sina Padang. Klien 2 bernama An. D berjenis kelamin perempuan, berumur 13 tahun yang dirawat di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Keluhan utama yang ditemukan pada klien 1 dan klien 2 yaitu demam yang naik turun.

Pada klien 1 tidak terdapat bintik-bintik merah, dan mengalami diare selama dirawat, sedangkan klien 2 terdapat bintik-bintik merah dikulit dan belum ada BAB selama dirawat. Selain itu didapatkan data pada klien 1 dan 2 terdapat salah satu anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama. Terdapat data informasi lainnya yaitu pada klien 1 tinggal di lingkungan komplek perumahan. Keluarga mengatakan di rumah memakai bak mandi yang dikuras 1 kali dalam 2 minggu. Sedangkan pada klien 2 ditemukan bahwa disekitar tempat tinggal banyak yang mengalami penyakit yang sama.

2) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Anak dengan DHF

No	Pemeriksaan Umum	Klien 1	Klien 2
1.	Keadaan Umum	KU: Sedang	KU: Sedang
2.	Kesadaran	Kes: Compos Mentis	Kes: Compos Mentis
3.	Tanda-tanda vital	S: 38,2°C, N: 81 x/m teraba kuat, RR: 21 x/m. TD : 110/80 mmHg	TD : 100/70 mmHg N : 64 x/m RR : 20 x/m S : 36,5 °C
4.	Status Gizi	Berat badan An.H mengalami penurunan saat sakit BB Seb = 38 Kg BB Ses = 36 Kg	Berat badan An.D mengalami penurunan saat sakit BB Seb = 45 Kg BB Ses = 38 Kg TB = 144 cm IMT = 18,3
5.	Pemeriksaan Fisik : Inspeksi		
	a. Kepala	Kepala : Bentuk kepala normal, ubun-ubun simetris kulit kepala bersih tidak ada ketombe/luka, rambut merata berwarna hitam, wajah simetris bentuk oval tampak kemerahan.	Kepala : Bentuk kepala normal, Rambut klien tampak hitam, rambut klien berminyak dan lepek, tidak ada ketombe, tidak ada kutu. Mata : Mata bersih, tidak ada kotoran,

	<p>Mata : adanya edema pada palpebra, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik.</p> <p>Telinga : Telinga bersih tidak ada serumen</p> <p>Hidung : Hidung bersih,</p> <p>Mulut : Mulut tidak ada sariawan, tidak ada perdarahan gusi, mukosa bibir kering, bibir tampak pecah-pecah serta nyeri saat menelan, gigi bersih tidak ada caries lidah bersih faring dan laring normal tidak ada pembengkakan.</p>	<p>mata simetris kiri dan kanan, Pupil isokor, sclera tidak ikterik, konjungtiva anemis, tidak ada gangguan penglihatan.</p> <p>Telinga : Bentuk telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran.</p> <p>Hidung : Bersih, bentuk simetris, tidak ada sekresi, tidak ada polip, tidak ada gangguan penciuman.</p> <p>Mulut : Mulut bersih, mukosa bibir kering, gigi rapi, tidak ada caries, lidah bersih faring dan laring normal tidak ada pembengkakan tidak ada kelainan.</p>
b. Leher	Tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening maupun pembengkakan kelenjar tiroid	Tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening maupun pembengkakan kelenjar tiroid
c. dada	Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak tampak adanya retraksi dinding dada dan payudara normal	Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak tampak adanya retraksi dinding dada dan payudara normal
d. Punggung	Bentuk punggung simetris dan tidak ada kelainan.	Tidak ada lesi, tidak ada bekas operasi, tidak ada kelainan pada punggung
e. Perut	Perut ukuran sedang, bentuk simetris tidak ada acites,	Perut klien tampak simetris, Tidak ada bekas operasi, tidak ada lesi, tidak ada acites
f. Genitalia	Genitalia normal tidak ada kelainan,	Genitalia normal tidak ada kelainan,

g. Anus dan Rektum h. Tulang Belakang Ekstermitas	Terdapat anus dan rectum (+), tulang belakang normal simetris tidak ada kelainan, ekstremitas normal tidak ada oedem, varises tidak ada, turgor kulit elastis. Klien terpasang infus RL 20 tts/m ditangan sebelah kiri.	Terdapat anus dan rectum (+), tulang belakang normal simetris tidak ada kelainan, ekstremitas normal tidak ada oedem, varises tidak ada, turgor kulit elastis. Terdapat bintik merah disekitar tangan. Klien terpasang infus RL 30 tts/m ditangan sebelah kiri.
Palpasi		
a. Leher b. Dada c. Perut d. Integumen	Tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening maupun pembengkakan kelenjar tiroid Dada simetris antara kanan dan kiri, tidak tampak adanya retraksi dinding dada. Tidak ada pembesaran pada perut, tidak ada asites. terdapat nyeri tekan pada ulu hati Turgor kulit kembali cepat, kulit kering, CRT < 3 dtk Kekuatan otot : 5 5 5 5	Tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening maupun pembengkakan kelenjar tiroid Dada simetris antara kanan dan kiri, tidak adanya retraksi dinding dada. Pergerakan dinding dada teratur, traktil fremitus sama, tidak ada oedem Tidak ada pembesaran pada perut, tidak ada asites. terdapat nyeri tekan pada ulu hati CRT < 2 detik, warna kulit sawo matang, kulit ada bintik-bintik merah, turgor kulit jelek. Kekuatan otot : 5 5 5 5
Auskultasi		
a. Paru-paru b. Jantung c. Perut	Suara nafas: Vesikuler tambahan ronkhi (-) / wheezing (-) dan pola nafas normal, irama jantung teratur, frekuensi 90 x/m, bising usus (-)	Suara nafas: Vesikuler tambahan ronkhi (-) / wheezing (-) dan pola nafas normal , irama jantung teratur, frekuensi 64 x/m, bising usus 12x/menit

Perkusi		
a. Dada	Suara sonor,	Suara sonor,
b. Perut	perut timpani,	perut timpani,
c. Ekstermitas	ektremitas merespon dengan baik saat diperkusi	ektremitas merespon dengan baik saat diperkusi

Sumber : Fauziah (2017) & Putri (2019)

Berdasarkan tabel 4.2, didapatkan data dari hasil pengkajian pada klien 1 suhu: 38,2°C, Nadi: 90 x/m teraba kuat, RR: 24 x/m akral teraba hangat, dan TD : 100/60 mmHg. Terdapat penurunan berat badan sebanyak 2 kg, dan pada ekstremitas tidak ditemukan bintik-bintik merah, sedangkan pada klien 2 suhu: 36,5°C, Nadi: 64 x/m, RR: 20 x/m dan TD: 100/70 mmHg, terdapat bintik merah pada tangan dan penurunan berat badan sebanyak 7 kg.

3) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Anak Dengan DHF

No	Pemeriksaan penunjang	Klien 1	Klien 2
1.	Laboratorium	Tanggal 23 Mei 2017 Hb: 13,0 gr/dL, Leukosit: 2500 /mm, Hematokrit: 42%, Trombosit: 133.000/mm	Tanggal 21 Juni 2019 jam 09.51 WIB HGB : 14,6 g/dl RBC : 4,90 [10 ⁶ /uL] HCT : 41,2 % WBC : 2,95 [10 ³ /uL] EO% : 1,7 [10 ³ /uL] BASO% : 0,3 [10 ³ /uL] NEUT : 24,1 [10 ³ /uL] LYMPH : 65,1 [10 ³ /uL] MONO % : 8,8 [10 ³ /uL] PLT : 19* [10 ³ /uL]
2.	Laboratorium	-	Tanggal 21 Juni 2019 jam 16.57 WIB HGB : 14,4g/dl RBC : 4,74[10 ⁶ /uL] HCT : 40,7 % WBC : 3,44 [10 ³ /uL] EO% : 2,3 [10 ³ /uL] BASO% : 0,3 [10 ³ /uL]

			NEUT : 22,1* [10 ³ /uL] LYMPH: 66,9* [10 ³ /uL] MONO%: 8,4* [10 ³ /uL] PLT : 16* [10 ³ /uL]
3.	Laboratorium	-	Tanggal 22 Juni 2019 HGB : 14,4 g/dl RBC : 4,92 [10 ⁶ /uL] HCT : 42,4 % WBC : 3,69 [10 ³ /uL] EO% : 2,3 [10 ³ /uL] BASO% : 0,8 [10 ³ /uL] NEUT : 23,3* [10 ³ /uL] LYMP: 64,5* [10 ³ /uL] MONO%: 9,5* [10 ³ /uL] PLT : 12* [10 ³ /uL]
4.	Laboratorium	-	Tanggal 23 Juni HGB : 13,7 g/dl RBC : 4,65 [10 ⁶ /uL] HCT : 40,4 % WBC : 4,67 [10 ³ /uL] PLT : 23* [10 ³ /uL]

Sumber : Fauziah (2017) & Putri (2019)

Berdasarkan hasil tabel laboratorium 4.3, pada pengkajian awal terjadi penurunan trombosit pada klien 1 dan 2 (Normal:150.000 mm³ - 450.000 mm³). Selain itu, terjadi penurunan leukosit pada klien 1 dan 2 (Normal: 5.000/mm-11.000/mm).

4) Terapi

Tabel 4.4 Terapi Klien Anak dengan DHF

No	Klien 1	Klien 2
1	Infus (RL) 1000cc/24 jam Paracetamol 500mg 3x1 (or) Trolit 3x1 (or) Ranitidine syr 2x1 (or)	Infus RL 30 tts/menit Paracetamol tablet 3x500 mg (or)

Sumber : Fauziah (2017) & Putri (2019)

Berdasarkan pada tabel 4.4 klien 1 dan 2 mendapatkan cairan yang sama (RL) dan obat paracetamol. Untuk klien 1 mendapatkan tambahan obat trolit dan ranitidine syrup.

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Klien Anak dengan DHF

No. Urut	Klien 1		Klien 2	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1.	Selasa, 23 Mei 2017	<p>Hipertemi b.d peningkatan metabolisme laju</p> <p>DS: - Keluarga mengatakan An. H badan teraba hangat dan kulit kemerahan</p> <p>DO: - Suhu: 38,2°C - TD: 110/80 mmHg - Tampak wajah kemerahan - Kulit teraba hangat - Lekosit: 2.500/mm³</p>	Jum'at, 21 Juni 2019	<p>Hipovolemia b.d Peningkatan permeabilitas kapiler</p> <p>DS : - Ibu klien mengatakan klien kurang minum - Ibu klien mengatakan klien letih - Ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah 2x - Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun naik</p> <p>DO : - Klien tampak letih - Klien tampak ada bintik-bintik merah di tangan klien - TD : 100/70 RR : 24 x/m N : 64 x/m S: 36,5 °C - Petekie pada tangan (+) Input : 1170 cc Output : urine : 1300 cc IWL : 38 x 10 x 7 / 2 jam = 110,8 cc Balance Cairan : - 240,8 cc</p>

2.	Selasa, 23 Mei 2017	<p>Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H mual dan muntah - Keluarga mengatakan An. H BAB mencret <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38,2°C, RR : 21 x/m, HR : 81 x/m, TD : 110/ 80 mmHg - Hematokrit: 42 % - Trombosit : 133.000/mm3 - Mukosa bibir kering dan pecah-pecah - Kulit kering - klien minum ±1000 ml 	Jum'at, 21 Juni 2019	<p>Defisit Nutrisi b.d Psikologis (keengganan untuk makan)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan nafsu makan klien berkurang. - Klien mengatakan pusing saat berdiri dan duduk - Ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah - Ibu klien mengatakan klien sudah 3 hari tidak BAB <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nafsu makan - Klien hanya menghabiskan 3 sendok dari porsi yang diberikan - Mukosa bibir klien tampak pucat - TD : 100/70 mmHg N : 64 x/m RR : 24 x/m S : 36,5 °C BB : 38 Kg TB : 1 cm IMT : BB / TB^2 $38 / (144)^2 = 18,3$
3.	Selasa, 23 Mei 2017	<p>Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi penyakit.</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati, nyeri kepala dan nyeri pada persendian - Keluarga mengatakan An. H kurang tidur karna nyeri pada ulu hati <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 - Tampak wajah An. H meringis - TD: 110/80 mmHg - Tampak memengaruhi 	Jum'at, 21 Juni 2019	<p>Defisit Pengetahuan b.d Gangguan fungsi kognitif</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakitnya - Ibu tampak mengatakan kurang informasi tentang penyakit anaknya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien tampak bingung - Ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya

		perut - Nyeri tekan pada ulu hati		
4.	Selasa, 23 Mei 2017	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan DS: - Keluarga mengatakan An. H makan hanya 1-2 sendok dan dimuntahkan - An. H mengatakan sakit saat menelan DO: - Tampak diit hanya dihabiskan sedikit hanya ¼ porsi - Membran mukosa bibir pucat - Diit yang diberikan ML - Konjungtiva anemis - Tampak pasien memuntahkan makanan - BB: 36 kg sebelum sakit: 38 kg, - Hb: 13,0 g/dl.	Jum'at, 21 Juni 2019	Resiko Perdarahan d.d Gangguan Koagulasi DS : - Ibu klien mengatakan trombosit klien menurun - Pasien mengatakan lemas DO : - Trombosit klien 19* [10 ³ /uL] - Pasien tampak lemah

Sumber : Fauziah (2017) & Putri (2019)

Berdasarkan tabel 4.5, ditemukan 4 diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 4 diagnosa pada klien 2. Adapun diagnosa yang sama antara klien 1 dan klien 2 yaitu hipovolemia dengan tanda mayor klien mengalami muntah, membrane mukosa kering, dan suhu tubuh meningkat. Selain itu diagnosa yang sama adalah defisit nutrisi dengan tanda mayor klien mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan.

c. Perencanaan

Tabel 4.6 Perencanaan pada Klien Anak dengan DHF

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tujuan & criteria hasil	Intervensi
Klien 1				
1.	Selasa, 23 Mei 2017	Kekurangan volume cairan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan terjadi keseimbangan cairan dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Tekanan darah tidak terganggu b) Hematokrit sedikit terganggu</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hidrasi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Turgor kulit tidak terganggu b. Membran mukosa lembab c. Intake cairan tidak terganggu d. Output urin tidak terganggu e. Tidak ada haus f. Tidak ada peningkatan hematokrit g. Tidak ada nadi cepat dan lemah</p>	<p>Manajemen Cairan</p> <p>a) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat b) Monitor status hidrasi (misalnya membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah) c) Monitor vital sign d) Monitor masukan atau cairan dan hitung intake kalori harian e) Monitor status nutrisi f) Dorong pasien untuk menambah asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan cairan diantara waktu makan) g) Tawari makanan ringan (misalnya minuman ringan dan buahan segar/ jus buah) h) Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering i) Kolaborasi pemberian cairan IV j) Monitor hasil laboratorium</p>
2.	Selasa, 23 Mei 2017	Hipertermia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi normal dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Tidak ada peningkatan suhu tubuh</p>	<p>Perawatan Demam</p> <p>a) Pantau suhu dan tandatanda vital lainnya b) Monitor warna kulit dan suhu c) Berikan obat atau</p>

			<p>b) Tidak ada hipertermia</p> <p>c) Tidak ada sakit kepala</p> <p>d) Tidak ada sakit otot</p> <p>e) Tidak ada perubahan warna kulit</p> <p>f) Tidak ada dehidrasi</p>	<p>cairan IV (misalnya, antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggil)</p> <p>d) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur untuk demam</p> <p>e) Dorong konsumsi cairan</p> <p>f) Kompres hangat pasien pada lipat paha dan aksila</p>
3	Selasa, 23 Mei 2017	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Tidak ada nyeri yang dilaporkan</p> <p>b) Tidak ada mengering dan menangis</p> <p>c) Tidak ada menyeringit</p> <p>d) Tidak ada ketegangan otot</p> <p>e) Tidak ada kehilangan nafsu makan</p> <p>f) Tidak ada Ekspresi wajah nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Tidak terganggu kesejahteraan fisik</p> <p>b) Tidak terganggu</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi</p> <p>b) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>c) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>e) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>f) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,</p>

			<p>kesejahteraan psikologis</p> <p>c) Tidak terganggu lingkungan fisik</p> <p>d) Tidak terganggu suhu ruangan</p> <p>e) Tidak terganggu dukungan sosial dari keluarga</p>	<p>pencahayaan dan kebisingan</p> <p>g) Kurangi factor presipitasi nyeri</p> <p>h) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>i) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>j) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>k) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>l) Anjurkan tingkatkan istirahat</p> <p>m) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p>
4	Selasa, 23 Mei 2017	Ketidakeimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan status nutrisi: asupan makanan dan cairan teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a) asupan makanan secara peroral sepenuhnya adekuat</p> <p>b) Asupan cairan secara peroral sepenuhnya adekuat</p> <p>c) Asupan cairan intravena sepenuhnya adekuat</p> <p>d) Asupan nutrisi parenteral sepenuhnya adekuat</p>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>a) Kaji adanya alergi makanan</p> <p>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</p> <p>c) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>d) Tawarkan makanan ringan yang padat gizi</p> <p>e) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara berada di rumah sakit</p> <p>Monitor Nutrisi</p> <p>a) Monitor adanya penurunan berat badan</p> <p>b) Monitor lingkungan selama makan</p> <p>c) Monitor kulit kering</p>

				<p>dan perubahan pigmentasi</p> <p>d) Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</p> <p>e) Monitor adanya warna pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering</p> <p>f) Monitor mual muntah</p> <p>g) Monitor kadar albumin, total protein, Hb, Ht</p>
Klien 2				
1.	Jum'at, 21 Juni 2019	Hipovolemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan hipovolemia membaik.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Status Cairan</p> <p>a) Turgor kulit</p> <p>b) Perasaan lemah</p> <p>c) Intake cairan membaik</p> <p>d) Suhu tubuh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen hipovolemia <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipovolemik (tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, hematocrit meningkat) - Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misalnya : RL) <ul style="list-style-type: none"> • Pemantauan cairan <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor berat badan - Monitor hasil

				<p>pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik : - Berikan cairan intravena</p> <p>Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian diuretik</p>
2.	Jum'at, 21 Juni 2019	Defisit Nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil : Status Nutrisi</p> <p>a) Porsi makanan yang dihabiskan sedang b) Frekuensi makan c) Nafsu makan cukup membaik d) Mermban mukosa sedang</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nutrisi <p>Observasi : - Identifikasi alergi - Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>Terapeutik : - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi : - Anjurkan posisi duduk jika mampu</p> <p>Kolaborasi : - kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemantauan nutrisi <p>Observasi : - Identifikasi kelainan pada kulit - Identintifikasi kelainan eliminasi - Monitor mual dan muntah</p> <p>Terapeutik : - Timbang berat badan</p> <p>Edukasi : - Jelaskan tujuan prosedur</p>

				<p>pemantauan</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi
3.	Jum'at, 21 Juni 2019	Defisit Pengetahuan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pengetahuan meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat b) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi Kesehatan <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup sehat
4.	Jum'at, 22 Juni 2019	Resiko Perdarahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun .</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kelembapan membran mukosa b) Suhu tubuh meningkat c) Hematokrit membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan Perdarahan <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit / hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan bedrest

				selama perdarahan Edukasi : - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan - Anjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
--	--	--	--	--

Sumber : Fauziah (2017) & Putri (2019)

Tabel 4.6 menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada klien 1 dan klien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan. Perencanaan pada klien 1 masih menggunakan buku nanda nic-noc sedangkan pada klien 2 sudah menggunakan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

d. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.7 Implementasi Klien 1 Anak dengan DHF di RSI Ibnu Sina Padang

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
Selasa, 23 Mei 2017	Hipertermi	-	1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya (38,2°C) 2. Monitor warna kulit (kemerahan) dan suhu 3. Berikan obat atau cairan IV (paracetamol 250 mg jam 13.35) 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan	Tidak ada data	

			<p>pakaian yang longgar</p> <p>6. Dorong konsumsi cairan setiap jam (air putih, susu, dll) 1,5-2 liter/24jam</p> <p>7. Fasilitasi istirahat</p> <p>8. Kompres hangat pasien pada lipat paha dan aksila menggunakan handuk kecil</p>		
Selasa, 23 Mei 2017	Kekurangan volume cairan		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah) 3. Monitor vital sign 4. Dorong pasien untuk menambah asupan oral (menawarkan cairan diantara waktu makan) 5. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan (misalnya minuman ringan dan buahan segar/ jus buah) 6. Lembabkan bibir yang kering dan pecahpecah 7. Kolaborasi pemberian cairan IV (IVFD RL 20 tts/i) 8. Monitor hasil laboratorium 	Tidak ada data	
Selasa, 23 Mei 2017	Nyeri Akut	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Kontrol lingkungan yang 	Tidak ada data	

			<p>dapat</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian) 6. Menganjurkan tingkatkan istirahat 		
Selasa, 23 Mei 2017	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering 3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien 4. Monitor mual dan muntah 	Tidak ada data	
Rabu, 24 Mei 2017	Hipertermi	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya (S: 38°C) 2. Monitor warna kulit (kulit kemerahan) dan suhu 3. Berikan obat atau cairan IV (antipiretik: paracetamol 250 mg jam 12.00) . 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan pakaian yang longgar 6. Dorong konsumsi cairan setiap jam 7. Fasilitasi istirahat 8. Kompres hangat pasien pada lipat paha dan aksila 	Tidak ada data	
Rabu, 24 Mei 2017	Kekurangan volume cairan	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi 	Tidak ada data	

			<p>(misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadiadekuat, dan tekanan darah)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor vital sign 4. Dorong pasien untuk menambah asupan oral (menawarkan cairan diantara waktu makan) 5. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan(misalnya minuman ringan dan buahan segar/ jus buah) 6. Lembabkan bibir yang kering dan pecahpecah 7. Kolaborasi pemberian cairan IV(IVFD RL 20 tts/i) 8. Monitor hasil laboratorium 		
Rabu, 24 Mei 2017	Nyeri Akut		<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian) 7. Menganjurkan tingkatkan istirahat 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri abdomen (Ranitidine sirup jam 18.00) 	Tidak ada data	

Rabu, 24 Mei 2017	Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 3. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering 2. Monitor mual dan muntah 	Tidak ada data	
Kamis, 25 Mei 2017	Hipertermi	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya (37,5 °C) 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Berikan obat atau cairan IV (paracetamol 250 mg jam 12.00) 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Menganjurkan keluarga untuk membrikan pakaian yang longgar 6. Dorong konsumsi cairan setiap jam 7. Fasilitasi istirahat 	Tidak ada data	
Kamis, 25 Mei 2017	Kekurangan volume cairan	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah) 3. Monitor vital sign 4. Dorong pasien untuk menambah asupan oral (menawarkan cairan diantara waktu makan) 5. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan (misalnya minuman ringan dan buahan segar/ jus buah) 6. Lembabkan bibir yang kering dan pecahpecah 7. Kolaborasi pemberian cairan IV (IVFD RL 20 	Tidak ada data	

			tts/i) 8. Monitor hasil laboratorium		
Kamis, 25 Mei 2017	Nyeri Akut	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian) 5. Menganjurkan tingkatan istirahat 6. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri abdomen (Ranitidine sirup jam 18.00) 	Tidak ada data	
Kamis, 25 Mei 2017	Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering 2. Monitor mual muntah 3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien 	Tidak ada data	
Jum'at, 26 Mei 2017	Hipertermi	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Berikan obat atau cairan IV (antipiretik: paracetamol 250 mg jam 12.00) 4. Menganjurkan keluarga untuk membrikan pakaian yang longgar 	Tidak ada data	

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Dorong konsumsi cairan dua jam sekali 6. Fasilitasi istirahat 		
Jum'at, 26 Mei 2017	Kekurangan volume cairan	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah) 3. Monitor vital sign 4. Dorong pasien untuk menambah asupan oral (menawarkan cairan diantara waktu makan) 5. Menganjurkan keluarga memberikan 6. Makanan ringan (misalnya minuman ringan dan buahan segar/ jus buah) 7. Lembabkan bibir yang kering dan pecahpecah 8. Kolaborasi pemberian cairan IV(IVFD RL 20 tts/i) 9. Monitor hasil laboratorium 	Tidak ada data	
Jum'at, 26 Mei 2017	Nyeri Akut	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam 	Tidak ada data	

			<p>dan alihkan perhatian)</p> <p>5.Menganjurkan tingkatkan istirahat</p> <p>6.Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri abdomen (Ranitidine sirup)</p>		
Jum'at, 26 Mei 2017	Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering 2. Monitor mual muntah 3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien 	Tidak ada data	
Sabtu, 27 Mei 2017	Nyeri Akut	-	<ol style="list-style-type: none"> 1.Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2.Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3.Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4.Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian) 5.Menganjurkan tingkatkan istirahat 	Tidak ada data	
Sabtu, 27 Mei 2017	Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	-	<ol style="list-style-type: none"> 1.Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering 2.Monitor mual muntahs 3.Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien. 	Tidak ada data	

Sumber : Fauziah (2017)

Tabel 4.8 Implementasi Klien 2 Anak dengan DHF di RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
Jum'at, 21 Juni 2019	Hipovolemia	08.00	<p>Memajemen hypovolemia</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik (tekanan darah 100/70 mmHg, membran mukosa bibir klien kering, bibir pecah-pecah, lidah klien putih, hematocrit meningkat, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien tidak meningkat 41.2 [%])</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan Intake: 1170 cc Output : urine : 1300 cc</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, dengan cara memberi tahu kepada keluarga atau klien untuk memperbanyak minum sesuai kebutuhan tubuh sekitar 2400 cc / 24 jam</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>5. Memantau pemberian cairan IV isotonis (RL 30 tts/m)</p>	Tidak ada data	

			<p>Memantauan cairan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor berat badan (BB sebelum sakit 45 Kg) 2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (hematokrit 41.2 [%]) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan asupan cairan oral sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc 4. Memberikan cairan intravena (RL 30 tts/m) <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Melakukan Kolaborasi pemberian diuretic tidak dilakukan, karena tidak sesuai dengan kondisi klien. Klien urine nya lancar tidak memakai kateter. 		
Jum'at, 21 Juni 2019	Defisit Nutrisi	10.00	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi alergi, klien tidak ada alergi terhadap obat maupun makanan. 2. Mengidentifikasi makanan yang disukai, makanan yang disukai klien. Makanan yang disukai klien ayam, ikan, nasi goreng, mangga, pisang dan makanan yang tidak disukai klien nanas. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (pepaya) 	Tidak ada data	

			<p>Edukasi :</p> <p>4. Menganjurkan posisi duduk jika mampu, agar klien tidak merasa letih dan lemah.</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>5. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <p>Memantau nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi kelainan pada kulit, (pada kulit klien terdapat bintik-bintik merah di tangan klien).</p> <p>2. Mengidentintifikasi kelainan eliminasi, BAK klien lancar, sedangkan BAB klien susah</p> <p>3. Memonitor mual dan muntah (klien merasakan mual dan muntah)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Menimbang berat badan, berat badan klien 42 kg</p> <p>Edukasi :</p> <p>5. Menjelaskan tujuan prosedur pemantauan (ibu tujuan pemantauan nutrisi agar nutrisi klien terpenuhi)</p>		
--	--	--	--	--	--

Jum'at, 21 Juni 2019	Defisit pengetahuan	12.00	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (yang dapat meningkatkan hidup bersih dan sehat dengan cara mencuci tangan setiap sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, membersihkan rumah. Yang dapat menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat yaitu kurangnya partisipasi keluarga dalam membersihkan lingkungan rumah dan keluarga tidak mengajarkan hidup bersih dan sehat kepada anak)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Memberikan kesempatan bertanya (keluarga klien menanyakan bagaimana cara menaikkan trombosit anaknya yang turun)</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, bak mandi, genangan air jernih banyak jentik-jentik nyamuk yang mengakibatkan demam</p>	Tidak ada data	
-------------------------	---------------------	-------	--	----------------	--

			berdarah) 4. Mengajarkan perilaku hidup sehat (mengajarkan cara cuci tangan yang benar, dan membuang sampah pada tempatnya)		
Jum'at, 21 Juni 2019	Resiko Perdarahan	08.00	<p>Mencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, muntah terus menerus) 2. Memonitor nilai hematokrit 2.95 [$10^3/uL$] <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mempertahankan bedrest selama perdarahan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan (tanda gejala perdarahan yaitu mimisan, mual muntah, feses berwarna hitam, kesemutan ditangan atau kaki) 5. Menganjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi (banyak mengkonsumsi pepaya agar tidak terjadi konstipasi) <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (tidak ada diberikan obat) 	Tidak ada data	

Sabtu, 22 Juni 2019	Hipovolemia	08.00	<p>Memanajemen hipovolemia</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik (tekanan darah menurun 100/70 mmHg, membran mukosa klien masih kering, bibir pecah-pecah, lidah klien putih, hematokrit</p> <p>meningkat, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien tidak meningkat 42,4 [%])</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Intake: oral : 1200 Output : urine : 100 cc Terapeutik :</p> <p>3. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Mengingatkan kembali kepada keluarga dan klien untuk memperbanyak minum sesuai kebutuhan tubuh sekitar 2400 cc / 24 jam</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>5. Memantau pemberian cairan IV isotonis (RL 30 tts/m) <input type="checkbox"/> Memantau cairan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor berat badan (BB 38 Kg) 2. Memonitor hasil</p>	Tidak ada data	
------------------------	-------------	-------	---	----------------	--

			<p>pemeriksaan laboratorium (hematokrit 42,4 [%])</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Berikan asupan cairan oral sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc</p> <p>4. Memberikan cairan intravena (RL 30 tts/m)</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>Melakukan Kolaborasi pemberian diuretic tidak dilakukan, karena tidak sesuai dengan kondisi klien. Klien urine nya lancar tidak memakai kateter.</p>		
Sabtu, 22 Juni 2019	Defisit Nutrisi	10.00	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <p>1 dan 2 sudah dilakukan pada hari pertama</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (papaya, sayur bayam)</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Menganjurkan posisi duduk jika mampu, agar klien tidak merasa letih dan lemah.</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>5. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <p>Memantau nutrisi</p>	Tidak ada data	

			<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kelainan pada kulit, (pada kulit klien bintik-bintik merah di tangan klien sudah berkurang). 2. Mengidentintifikasi kelainan eliminasi, BAK klien lancar, sedangkan BAB klien sudah ada 1 kali. 3. Memonitor mual dan muntah (klien sudah tidak merasakan mual dan muntah) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menimbang berat badan, berat badan 45 kg 		
Sabtu, 22 Juni 2019	Defisit Pengetahuan	12.00	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengulang kembali Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (yang dapat meningkatkan hidup bersih dan sehat dengan cara mencuci tangan setiap sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, membersihkan rumah. Yang dapat menurunkan motivasi prilaku hidup bersih dan sehat yaitu kurangnya partisipasi keluarga dalam membersihkan lingkungan rungan dan keluarga tidak mengajarkan hidup bersih dan sehat kepada anak) 	Tidak ada data	

			<p>Terapeutik :</p> <p>2. Memberikan kesempatan bertanya (dan keluarga klien menanyakan kenapa trombosit anaknya masih turun, bagaimana cara mengatasinya)</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan kembali faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, bak mandi, genangan air jernih banyak jentik-jentik nyamuk yang mengakibatkan demam berdarah)</p> <p>4. Mengajarkan perilaku hidup sehat (mengajarkan kembali cara cuci tangan yang benar, dan membuang sampah pada tempatnya)</p>		
--	--	--	--	--	--

Sabtu, 22 Juni 2019	Resiko Perdarahan	08.00	<p>Mencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, muntah terus menerus) 2. Memonitor nilai hematokrit 2.95 [$10^3/uL$] <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mempertahankan bedrest selama perdarahan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan (tanda gejala perdarahan yaitu mimisan, mual muntah, feses berwarna hitam, kesemutan ditangan atau kaki) 5. Menganjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi (banyak mengkonsumsi pepeaya agar tidak terjadi konstipasi) <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (tidak ada diberikan obat) 	Tidak ada data	
Senin, 24 Juni 2019	Hipovolemia	08.00	<p>Memajemen hipovolemia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik (Tidak ada data	

			<p>tekanan darah menurun 100/70 mmHg, membran mukosa bibir klien sudah lemas, bibir tidak pecah-pecah, lidah klien putih, hematokrit meningkat, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien tidak meningkat 40.4 [%])</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan Intake: 1850 cc Output : urine : 1350 cc Terapeutik :</p> <p>3. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>4. Memantau pemberian cairan IV isotonis (RL 30 tts/m)</p> <p>Memantau cairan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor berat badan (BB 45 Kg 2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (hematokrit 40.4 [%])</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Berikan asupan cairan oral sebanyak 8-9 gelas 1880 cc dalam 2 jam 4. Memberikan cairan intravena (RL 30 tts/m)</p>		
Senin, 24 Juni 2019	Defisit Nutrisi	10.00	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (</p>	Tidak ada data	

			<p>papaya, sayur bayam)</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <p>Memantau nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi kelainan pada kulit, (pada kulit klien tbintik-bintik merah di tangan klien sudah tidak ada lagi).</p> <p>2. Mengidentintifikasi kelainan eliminasi, BAK klien lancar, sedangkan BAB klien sudah mulai lancar</p> <p>3. Memonitor mual dan muntah (klien sudah tidak ada mual dan muntah lagi)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4. Menimbang berat badan, berat badan klien 45 kg</p>		
Senin, 24 Juni 2019	Defisit pengetahuan	12.00	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Sudah memberi tahu kepada keluarga tentang faktor yang mempengaruhi hidup bersih dan sehat, dan cara meningkatkan hidup bersih dan sehat</p>		
Senin, 24 Juni 2019	Resiko Perdarahan	08.00	<p>Mencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan (perdarahan pada hidung /</p>		

			mimisan, muntah terus menerus) 2. Memonitor nilai hematokrit $2.95 [10^3/uL]$		
--	--	--	--	--	--

Sumber : (Putri, 2019)

Berdasarkan tabel diatas bahwa Implementasi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 1 dilakukan selama 5 hari di rumah sakit pada tanggal 23 Mei-27 Mei 2017 sedangkan pada klien 2 dilakukan selama 3 hari di rumah sakit mulai dari tanggal 21 Juni-24 Juni 2019.

e. Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi pada Klien 1 Anak dengan DHF di RSI Ibnu Sina Padang

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari Ke - 1	Hipertermi	S: - Keluarga mengatakan An. H badan teraba hangat O: - S: 37,8°C, TD: 110/ 80 mmHg, RR: 21x/m, HR: 80 x/m - Tampak kulit kemerahan - Kulit teraba hangat - Intake: minum 1000ml - Leokosit: 2500/mm ³ A: masalah termogulasi belum teratasi P: intervensi dilanjutkan - Pantau suhu - Anjurkan konsumsi cairan - Kompres hangat
	Kekurangan Volume Cairan	S: - Keluarga mengatakan An. H masih diare - Keluarga mengatakan An. H masih mual dan muntah

		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak An. H masih muntah - Hematokrit: 42 % - Trombosit: 133.000/mm³ - Mukosa bibir kering dan masih pecah-pecah - Kulit masih kering - Intake: minum: 1000 ml, IVFD RL 12jam/ kolf (1000 ml) <p>A: masalah cairan belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan catatan intake - Menganjurkan pasien menambah asupan oral - Lembabkan bibir yang kering dan pecah-pecah - Monitor hasil laboratorium
	Nyeri Akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati, nyeri kepala dan nyeri pada persendian - Keluarga mengatakan An. H masih kurang tidur karna nyeri pada ulu hati <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 37, 8oC, TD: 110/ 80 mmHg, RR: 21x/I, HR: 80 x/i - Wajah An. H masih tampak meringis - Tampak An. H memegangi perutnya - Skala nyeri masih 2-3 <p>A: masalah manajemen nyeri belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan - Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian) - Menganjurkan tingkatkan istirahat
	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Tubuh	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan masih sulit untuk makan - Keluarga mengatakan memuntahkan apa yang dimakan - Keluarga mengatakan An. H tidak ada alergi terhadap makanan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diit hanya dihabis ¼ piring saja atau 1-2 sendok saja - Tampak pasien memuntahkan apa yang dimakan - Tampak mukosa bibir masih pucat

		<p>A: Masalah nutrisi belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering - Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien - Monitor mual dan muntah
Hari ke -2	Hipertermi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H badan masih teraba hangat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 37,5°C, TD: 110/ 90 mmHg, RR: 20x/l, HR: 84 x/i - Tampak kulit masih kemerahan - Kulit teraba hangat - Intake: minum 1300 ml - Leukosit: 3.500/mm³ <p>A: masalah termogulasi belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau suhu - Dorong konsumsi cairan setiap jam - Fasilitasi istirahat
	Kekurangan Volume Cairan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H masih mencret - Keluarga mengatakan An. H masih mual dan muntah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak An. H masih muntah - Hematokrit: 41 % - Trombosit: 137.000/mm³ - Mukosa bibir kering dan masih pecah-pecah - Kulit masih kering - Intake: minum: 1300 ml, IVFD RL 12jam/ kolf (1000 ml) <p>A: masalah cairan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status dehidrasi - Dorong pasien untuk menambah asupan oral - Lembabkan bibir yang kering dan pecah-pecah - Monitor hasil laboratorium
	Nyeri Akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati, nyeri kepala dan nyeri pada persendian - Keluarga mengatakan An. H masih kurang tidur karna nyeri pada nyeri

		<p>pada ulu hati</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 38°C, TD: 110/ 90 mmHg, RR: 19x/I, HR: 84 x/i - Wajah An. H masih tampak meringis - Tampak An. H masih memengaghi perutnya - Skala nyeri masih 3-4 <p>A: masalah manajemen nyeri belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif - Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan - Mengajukan tingkatkan istirahat - Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri abdomen (Ranitidine sirup)
	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhn Tubuh	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan masih sulit untuk makan - Keluarga mengatakan memuntahkan apa yang dimakan - Keluarga mengatakan mengerti tentang kebutuhan nutrisi pasien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diit masih hanya dihabiskan ¼ piring saja atau 1-2 sendok saja - Tampak pasien masih memuntahkan apa yang dimakan - Tampak mukosa bibir masih pucat <p>A: Masalah nutrsi belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering - Monitor mual dan muntah
Hari ke -3	Hipertermi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H badan masih demam An. H sudah turun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,8°C, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 85 x/i - Tampak kulit masih kemerahan - Kulit masih teraba sedikit hangat - Intake: minum 1800 ml - Leokosit: 4.200/mm³ <p>A: masalah termogulasi teratasi sebagian</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p>
	Kekurangan Volume Cairan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H sudah

		<p>tidak mencret lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H tidak muntah lagi tapi mual masih <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak An. H tidak muntah lagi saat makan - Hematokrit: 40 % Trombosit: 130.000/mm³ - Mukosa bibir sudah tampak sedikit lembab dan masih pecah-pecah - Kulit masih kering - Intake: minum: 1800 ml, IVFD RL 12jam/ kolf (1000 ml) <p>A: masalah cairan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>
	Nyeri Akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati masih terasa, nyeri kepala dan nyeri pada persendian sudah tidak lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,8oC, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/l, HR: 85 x/i - Wajah An. H masih tidak tampak meringis lagi - Skala nyeri masih 2 - Tampak An. H sudah melakukan penanganan nyeri dengan alihkan perhatian yaitu berbincang dengan saudaranya <p>A: masalah manajemen nyeri teratasi sebagian P:Intervensi dilanjutkan</p>
	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan masih sulit untuk makan - Keluarga mengatakan An. H tidak muntah lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diit masih hanya dihabiskan ¼ piring saja atau 1-2 sendok saja - Tampak mukosa bibir masih pucat - Tampak An. H tampak sudah makan makanan ringan yg disukainya <p>A: Masalah nutrisi belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>
Hari ke – 4	Hipertermi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H sudah tidak demam lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,5°C, TD: 120/ 90 mmHg, RR:

		<p>20x/I, HR: 80 x/i</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leukosit: 5000/mm³ - Tampak kulit tidak kemerahan lagi - Kulit tidak teraba hangat lagi - Intake: minum 1500 ml <p>A: masalah termogulasi teratasi P: intervensi dihentikan</p>
	Kekurangan Volume Cairan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H sudah banyak untuk minum <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hematokrit: 39 % - Trombosit: 139.000/mm³ - Mukosa bibir sudah tampak lembab dan masih tidak pecah-pecah lagi - Kulit sudah lembab - Intake: minum: 1500 ml, IVFD RL 12jam/ kolf (1000 ml) <p>A: masalah cairan teratasi P: intervensi dihentikan</p>
	Nyeri Akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati masih terasa sedikit, nyeri kepala dan nyeri pada persendian sudah tidak lagi - Keluarga mengatakan nafsu makan An. H masih kurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,5oC, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 80 x/i - Wajah An. H tidak tampak meringis lagi - Skala nyeri 1 <p>A: masalah manajemen nyeri teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>
	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H mual dan muntah tidak ada lagi - Keluarga mengatakan nafsu makan An. H masih kurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diet masih hanya dihabiskan ½ piring - Tampak mukosa bibir masih sedikit pucat - Tampak An. H tampak sudah makan <p>makanan ringan yg disukainya A: Masalah nutrisi teratasi sebagian P:Intervensi dilanjutkan</p>
Hari ke -5	Nyeri Akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian

		<p>perut di ulu hati masih terasa sedikit,nyeri kepala dan nyeri pada persendian sudah tidak lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan nafsu makan An. H masih kurang - Dokter mengatakan An. H boleh pulang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,5oC, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 80 x/i - Wajah An. H tidak tampak meringis lagi - Skala nyeri 1 <p>A: masalah manajemen nyeri teratasi P: Intervensi dihentikan</p>
	<p style="text-align: center;">Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H mual dan muntah tidak ada lagi - Keluarga mengatakan nafsu makan An. H masih kurang - Dokter mengatakan pasien boleh pulang dan control ulang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diit masih hanya dihabiskan ½ piring - Tampak mukosa bibir masih sedikit pucat - Tampak An. H tampak sudah makan makanan ringan yg disukainya <p>A: Masalah nutrsi teratasi P: Intervensi dihentikan</p>

Sumber : Fauziah (2017)

Tabel 4.10 Evaluasi pada Klien 2 Anak dengan DHF di RSUD Dr. Achmad Mochtar

Bukittinggi

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari ke -1	Hipovolemia	<p>Jam : 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien kurang minum <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien letih <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun naik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klien tampak letih <input type="checkbox"/> Klien tampak ada bintik-bintik merah di tangan klien, Pteke pada tangan (+) <input type="checkbox"/> TD : 100/70 P : 24 x/m N : 64 x/m S : 36,5 °C <p>Intake : 1170 cc Output : urine : 1300 cc IWL : 38 x 10 x 7 / 2 jam = 110,8cc Balance Cairan : - 20,8 cc</p> <p>A : Hipovolemia P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Memanajemen hipovolemia no 1,2,3, dan 5 <input type="checkbox"/> Memantau cairan no 2,3 dan 4
	Defisit Nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun. <input type="checkbox"/> Klien mengatakan pusing saat berdiri dan duduk <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien sudah 3 hari tidak BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klien tampak tidak nafsu makan <input type="checkbox"/> Klien hanya menghabiskan 3 sendok dari porsi yang diberikan <input type="checkbox"/> Mukosa bibir klien tampak pucat <p>TD : 100/70 mmHg</p>

		<p>N : 64 x/m P : 24 x/m S : 36,5 °C BB : 38 Kg TB : 1 cm IMT : BB / TB^2 $38 / (1)^2 = 18,3$ A : Defisit nutrisi P : Intervensi dilanjutkan <input type="checkbox"/> Memanajemen Nutrisi no 3,4 dan 5 <input type="checkbox"/> Pemantauan Nutrisi NO 1,2,3 dan 4</p>
	Defisit Pengetahuan	<p>S : <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakitnya <input type="checkbox"/> Ibu mengatakan kurang informasi tentang penyakit anaknya O : <input type="checkbox"/> Ibu klien tampak bingung <input type="checkbox"/> Ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya <input type="checkbox"/> TD : 100/70 mmHg N : 64 x/m S : 36,5 ° A : Masalah defisit Pengetahuan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <input type="checkbox"/> Edukasi Kesehatan</p>
	Resiko Pendarahan	<p>Jam 13.00 S : <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan trombosit anaknya menurun <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan lemah O : <input type="checkbox"/> Trombosit klien $19^* [10^3/uL]$ <input type="checkbox"/> Pasien tampak lemah A : Resiko Perdarahan P : Intervensi dilanjutkan <input type="checkbox"/> Mencegahan perdarahan 1, 2, 3</p>
Hari ke -2	Hipovolemia	<p>Jam 13.00 S : <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien sudah mau minum</p>

		<input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien tidak ada merasa letih atau lemah lagi <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien siang tidak ada muntah <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien masih turun naik O : <input type="checkbox"/> Klien tampak sudah segar <input type="checkbox"/> Bintik-bintik merah di tangan klien sudah berkurang <input type="checkbox"/> TD : 100/70 P : 30 x/m N : 83 x/m S : 35,0 °C <input type="checkbox"/> Pteke pada tangan (+) Input : 1200 cc Output : urine : 100 cc IWL : 38 x 10 x 7 / 2 jam = 110,8cc Balance Cairan : - 310,8 A : Hipovolemik teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan <input type="checkbox"/> Memanajemen Hipovolemikimia no 1,2,3, dan 5
	Defisit Nutrisi	S : <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan nafsu makan klien sudah mulai enak. <input type="checkbox"/> Klien mengatakan pusing saat berdiri dan duduk sudah berkurang <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien tidak ada muntah <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien sudah ada BAB satu kali O : <input type="checkbox"/> Klien tampak nafsu makan mulai membaik <input type="checkbox"/> Klien hanya menghabiskan ½ dari porsi yang diberikan <input type="checkbox"/> Mukosa bibir klien tampak pucat <input type="checkbox"/> TD : 100/70 mmHg <input type="checkbox"/> N : 84 x/m <input type="checkbox"/> P : 30 x/m <input type="checkbox"/> S : 35 °C A : Defisit nutrisi teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan <input type="checkbox"/> Memanajemen Nutrisi <input type="checkbox"/> Pemantauan Tanda Vital
	Defisit Pengetahuan	S : <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan kurang

		<p>pengatuhuan tentang penyakitnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu mengatakan kurang informasi tentang penyakit anaknya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien tampak bingung <input type="checkbox"/> Ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya <input type="checkbox"/> TD : 100/70 mmHg <input type="checkbox"/> N : 64 x/m <input type="checkbox"/> P : 24 x/m <input type="checkbox"/> S : 36,5 °C <p>A : Defisit Pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Edukasi kesehatan
	Resiko Pendarahan	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan trombosit anaknya menurun <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trombosit klien 12* [10³/uL] <input type="checkbox"/> Pasien tampak lemah <p>A : Resiko Perdarahan</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mencegahan perdarahan 1 dan 2
Hari Ke-3	Hipovolemia	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien sudah sering minum <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan sudah tidak ada merasa letih lagi <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien tidak ada muntah <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien masih turun naik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klien tampak segar <input type="checkbox"/> Bintik-bintik merah di tangan klien sudah tidak ada lagi <input type="checkbox"/> TD : 110/80 P : 28 x/m <input type="checkbox"/> N : 70 x/m S: 35,5 °C <input type="checkbox"/> Input : 1850 cc <input type="checkbox"/> Output : urine : 1350 cc <input type="checkbox"/> IWL : 38 x 10 x 7/2 jam=110,8cc <input type="checkbox"/> Balance Cairan : + 389,2

		<p>A : Masalah Hipovolemik teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
	Defisit Nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan nafsu makan klien membaik <input type="checkbox"/> Klien mengatakan tidak ada merasa pusing saat berdiri dan duduk <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan klien sudah ada BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klien tampak menghabiskan makan nya <input type="checkbox"/> Mukosa bibir klien tampak lembab <input type="checkbox"/> TD : 110/80 mmHg <input type="checkbox"/> N : 70 x/m <input type="checkbox"/> P : 28 x/m <input type="checkbox"/> S : 35,5 °C <p>A : defisit nutrisi teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
	Defisit Pengetahuan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan sudah tau tentang penyakit anaknya <input type="checkbox"/> Ibu mengatakan tau informasi tentang penyakit anaknya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien tampak sudah tidak bingung lagi <input type="checkbox"/> TD : 110/80 mmHg N : 70 x/m P : 28 x/m S : 35,5 °C <p>A : Defisit Pengetahuan teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
	Resiko Pendarahan	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ibu klien mengatakan trombosit anaknya sudah mulai meningkat <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan tidak terasa lemah lagi <p>O ::</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trombosit klien 23* [10³/uL] <input type="checkbox"/> Pasien tampak segar <p>A : Resiko Perdarahan teratasi P : Intervensi dihentikan</p>

Sumber : Putri (2019)

Pada tabel di atas menjelaskan bahwa evaluasi pada klien 1 menunjukkan 4 diagnosa keperawatan teratasi yaitu diagnose hipertermi dan kekurangan volume cairan teratasi di hari ke 4 perawatan di rumah sakit, sedangkan nyeri akut dan kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh teratasi di hari ke 5 perawatan di rumah sakit. Pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, evaluasi pada klien 2 menunjukkan terdapat 4 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu hipovolemia, defisit nutrisi, deficit pengetahuan dan resiko pendarahan yang teratasi pada hari ke 3 perawatan di rumah sakit.

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada anak klien 1 dan 2 dengan kasus *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) yang telah dilakukan di RSI Ibnu Sina Padang dan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi, 2012).

Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada hari selasa, 23 Mei 2017 di RSI Ibnu Sina Padang (Fauziah, 2017) dan klien 2 dilakukan pada hari Jum'at,

21 Juni 2019 di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi (Putri, 2019). Klien 1 berusia 10 tahun (Fauziah, 2017), sedangkan klien 2 berusia 13 tahun (Putri, 2019), dan ditemukan keluhan yang sama pada saat pengkajian yaitu klien mengalami demam yang tidak stabil, hal ini sesuai dengan teori. Menurut (Candra, 2019) pada penderita yang telah terkena virus dengue, virus yang telah masuk ke tubuh akan menimbulkan viremia. Hal tersebut akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu di hipotalamus sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan suhu pada pasien yang menyebabkan pasien mengalami demam. Berdasarkan hasil pengkajian pada klien 1 ditemukan bahwa klien mengalami demam dengan tanda – tanda vital TD : 110/80 mmHg, N: 81x/m, RR: 21x/m, S: 38,2⁰C (Fauziah, 2017). Sedangkan pada klien 2 suhu tubuh klien sudah kembali normal dengan tanda-tanda vital TD : 100/70 mmHg, N : 64 x/m, RR : 24 x/m, S : 36,5 °C (Putri, 2019). Selain itu pada klien 1 dan 2 mengalami muntah dan penurunan nafsu makan yang mengakibatkan penurunan berat badan. Pada klien 1 mengalami penurunan sebanyak 2 kg (dari 38 kg menjadi 36 kg) (Fauziah, 2017), sedangkan klien 2 mengalami penurunan sebanyak 7 kg (dari 45 kg menjadi 38 kg) (Putri, 2019). Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) rasa mual yang cukup hebat pada penderita DHF bisa memicu turunnya nafsu makan yang cukup drastis. Kondisi ini, ditambah dengan muntah-muntah yang dialami penderita bisa jelas bisa menyebabkan berat badan menurun.

Terdapat perbedaan pada klien 1 dan klien 2. Pada klien 1 pada saat dikaji pasien mengalami diare dan mengalami nyeri perut (Fauziah, 2017), namun pada klien 2 dari 3 hari sebelum sakit hingga pada saat dikaji belum ada BAB sama sekali dan tidak mengalami nyeri perut (Putri, 2019). Pemeriksaan fisik pada klien 1 tidak didapatkan adanya tanda perdarahan (Fauziah, 2017), sedangkan pada klien 2 didapatkan pemeriksaan fisik di ekstremitas terdapat adanya bintik-bintik merah disekitar tangan (Putri, 2019), hal ini dapat terjadi karna gejala klinis untuk diagnosis DHF. Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) gejala klinis pada DHF yaitu demam tinggi, timbul mendadak, kontinua, kadang bifasik, berlangsung antara 2-7 hari, nyeri kepala, nyeri retro-orbital, muka kemerahan (*facial flushing*) anoreksia, mialgia dan arthralgia, ruam kulit, manifestasi perdarahan (petekie atau uji bending positif) dan pemeriksaan serologi dengue positif. Sedangkan menurut (Nursalam et al., 2013) didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai menggigil dan saat demam kesadaran komposmentis. Turunnya panas terjadi antara hari ke-3 dan ke-7, dan anak semakin lemah. Kadang-kadang disertai dengan keluhan batuk pilek, diare/konstipasi, sakit kepala, nyeri otot dan persendian, nyeri ulu hati, dan pergerakan bola mata terasa pegal, serta adanya manifestasi perdarahan pada kulit, gusi (grade III, IV), melena atau hematemesis.

Terdapat kesenjangan dan kesamaan pada kasus dan teori antara klien 1 dan klien 2. Pada klien 2 gejala perdarahan pada anak DHF sama dengan teori yaitu klien 2 mengalami perdarahan di bawah kulit atau petekia atau

bintik-bintik merah. Menurut (Candra, 2019) perdarahan tersebut diakibatkan karena klien mengalami trombositopenia yang mengakibatkan adanya kehilangan kemampuan tubuh untuk melakukan mekanisme hemostatis secara normal sehingga terjadi pendarahan di kulit. Selain itu, pada klien 1 dan klien 2 mengalami perubahan pola eliminasi. Sesuai dengan teori (Nursalam et al., 2013) klien anak dengan DHF akan mengalami perubahan pola eliminasi yaitu diare maupun konstipasi.

Pada saat dikaji lingkungan rumah klien 1 merupakan lingkungan perumahan yang padat. Keluarga klien menggunakan bak mandi yang dikuras 1 kali dalam 2 minggu (Fauziah, 2017). Pada klien 2 ditemukan bahwa disekitar daerah tempat tinggal banyak yang telah mengalami penyakit DHF juga (Putri, 2019). Selain itu pada klien 1 dan 2 juga memiliki salah satu anggota keluarga yang sedang mengalami penyakit yang sama (Fauziah, 2017);(Putri, 2019). Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa penyakit DHF berkaitan dengan kondisi lingkungan, iklim, mobilitasi yang tinggi, kepadatan penduduk, perluasan perumahan dan perilaku masyarakat (Kesehatan, 2019).

Untuk nilai laboratorium, klien 1 dan klien 2 mengalami penurunan trombosit (Fauziah, 2017);(Putri, 2019). Hal ini sesuai dengan teori. Menurut (Candra, 2019) Trombositopenia dapat terjadi akibat dari penurunan produksi trombosit sebagai reaksi dari antibodi melawan virus. Ketika jumlah trombosit dibawah nilai normal fungsi trombosit dalam hemostasis terganggu sehingga integritas vaskular berkurang dan menyebabkan kerusakan vaskular. Kemudian

muncul manifestasi perdarahan yang dapat menyebabkan syok hingga dapat menyebabkan kematian.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik berlangsung secara aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Menurut (Erdin, 2018);(Candra, 2019) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) terdapat 11 diagnosa keperawatan yang muncul pada klien DHF yaitu hipertermia, risiko perdarahan, risiko syok (hipovolemik), perfusi perifer tidak efektif, pola nafas tidak efektif, nyeri akut, defisit nutrisi, hipovolemia, intoleransi aktivitas, ansietas dan deficit pengetahuan.

Pada hasil yang ditemukan saat dilakukan pengkajian, didapatkan analisa data dan telah ditemukan 4 diagnosa pada klien 1 dengan menggunakan Nanda (2015) yaitu hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, nyeri akut berhubungan dengan inflamasi penyakit, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (Fauziah, 2017). Sedangkan pada klien 2 ditemukan juga 4 diagnosa keperawatan dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yaitu hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, defisit nutrisi

berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan), defisit pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif dan risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (Putri, 2019).

Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada data kasus klien 1 dan klien 2 yaitu :

- a. Pada klien 1 diagnosa utama yang muncul adalah hipertermi akibat dari proses infeksi virus dengue namun hipertermi juga dapat disebabkan oleh kekurangan cairan. Selain itu sesuai dengan teori Nurarif & Kusuma (2015) pada penderita DHF terjadi perembesan plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) jika tidak mendapat cairan yang cukup, penderita akan mengalami kekurangan cairan yang akan mengakibatkan kondisi yang buruk bahkan bisa mengalami renjatan. Jika renjatan atau hipovolemik berlangsung lama akan timbul hipoksia jaringan, asidosis metabolik dan kematian apabila tidak segera diatasi dengan baik. Sehingga menurut asumsi peneliti diagnosa utama yang sesuai pada klien 1 adalah diagnosa hipovolemia.
- b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (klien 1) dan hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler (klien 2)

Pada klien 1 penegakkan diagnosa keperawatan menurut Nanda (2015) yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Pada klien 1 penegakkan diagnosa keperawatan belum sesuai

dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2017) dan untuk diagnosa kekurangan volume cairan pada klien 1 berdasarkan (PPNI, 2017) menjadi hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Sedangkan untuk klien 2 penegakkan diagnosa sudah sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2017). Untuk penegakan diagnosa pada klien 2 ialah hipovolemi berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler. Pada diagnose hipovolemia terdapat gejala/tanda mayor 80-100% untuk validasi diagnosis dan terdapat tanda minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa adapun gejala dan tanda mayor subjektif (tidak tersedia) dan tanda gejala objektif : frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematocrit meningkat. Sedangkan gejala dan tanda minor subjektif : merasa lemah dan mengeluh haus dan tanda gejala objektif : pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, berat badan turun tiba-tiba.

Menurut data dari pengkajian, muncul diagnosa Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Hal ini dapat dilihat dari data pada klien 1 yaitu keluarga mengatakan klien mual dan muntah, keluarga mengatakan klien mengalami bab mencret, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, hematokrit meningkat menjadi 42%, tanda-tanda vital S :

38,2°C, RR : 21 x/m, HR : 81 x/m, TD : 110/ 80 mmHg dan klien minum sehari kurang lebih sekitar 1000ml (Fauziah, 2017). Sedangkan pada klien 2 muncul diagnosa hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler. Hal ini dapat dilihat dari data klien 2 yaitu ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah 2x, ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun naik, klien tampak letih, tampak ada bintik-bintik merah di tangan klien, membrane mukosa kering, input cairan klien 1170 cc, output : 1300cc, iwl :110,8 cc (Putri, 2019).

Berdasarkan data diatas diagnosa Hipovolemia dapat diangkat untuk kedua klien tersebut. Hipovolemia adalah suatu kondisi akibat kekurangan volume cairan ekstraseluler (CES), dan dapat terjadi karena kehilangan cairan melalui kulit, ginjal, gastrointestinal, perdarahan sehingga menimbulkan syok hipovolemia (Tarwoto & Wartonah, 2015). Hipovolemia dapat terjadi akibat aktivitas C3 dan C5 akan dilepaskan C3a dan C5a, 2 peptida yang berdaya untuk melepaskan histamine dan merupakan mediator kuat yang menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding kapiler atau vaskuler sehingga cairan dari intravaskuler keluar ke ekstrasvaskuler atau terjadinya perembesan plasma terjadi pengurangan volume plasma yang menyebabkan hipovolemia (Murwani, 2018).

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Pada klien 1 penegakkan diagnosa keperawatan menurut Nanda (2015) yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan. Pada klien 1 penegakkan diagnosa keperawatan belum sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2017). Sedangkan pada klien 2 penegakkan diagnosa sudah sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2017) dan untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menjadi defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis. Untuk penegakan diagnosa defisit nutrisi terdapat gejala/tanda mayor 80-100% untuk validasi diagnosis dan terdapat tanda minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa adapun gejala dan tanda mayor subjektif (tidak tersedia) dan tanda gejala objektif : berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. Sedangkan gejala dan tanda minor subjektif : cepat kenyang setelah makan, kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun dan tanda gejala objektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan dan diare.

Menurut data pengkajian, muncul diagnosa Defisit Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan) pada klien 1 dan 2 yang diperoleh dari data yaitu pada klien 1 Keluarga

mengatakan An. H makan hanya 1-2 sendok dan dimuntahkan, An. H juga mengatakan sakit saat menelan, Tampak diit hanya dihabiskan sedikit hanya ¼ porsi, Membran mukosa bibir pucat, klien tampak memuntahkan makanan yang dimakan, berat badan mengalami penurunan sebanyak 2 kg (dari 38 kg menjadi 36 kg) (Fauziah, 2017). Sedangkan pada klien 2 berdasarkan data yang ada ibu klien mengatakan nafsu makan klien berkurang, klien mengatakan pusing saat berdiri dan duduk, ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah, ibu klien mengatakan klien sudah 3 hari tidak bab, klien tampak tidak nafsu makan, klien hanya menghabiskan 3 sendok dari porsi yang diberikan, mukosa bibir klien tampak pucat, berat badan klien mengalami penurunan yaitu sebanyak 7 kg (dari 45 kg menjadi 38 kg) (Putri, 2019). Menurut (Erdin, 2018) adanya proses radang akibat infeksi yang terjadi yang menyebabkan mual sampai muntah sehingga terjadi penurunan nafsu makan dan mengakibatkan nutrisi yang masuk ke tubuh menjadi kurang.

Berikut pembahasan diagnosa yang berbeda pada data kasus klien 1 dan klien 2 yaitu :

a. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue

Pada klien 1 penegakkan diagnosa keperawatan menurut Nanda (2015) yaitu hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme. Pada klien 1 penegakkan diagnosa keperawatan belum sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menurut (PPNI,

2017) dan berdasarkan (PPNI, 2017) diagnose hipertermi menjadi hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue. Untuk penegakan diagnosa hipertemia terdapat gejala/tanda mayor 80-100% untuk validasi diagnosis dan terdapat tanda minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnose adapun gejala dan tanda mayor subjektif (data tidak tersedia) dan data objektif : suhu tubuh diatas nilai normal. Sedangkan gejala dan tanda minor subjektif (tidak tersedia) dan data objektif : kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat.

Menurut analisa data peneliti muncul diagnosa Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit pada klien 1 berdasarkan data pengkajian dari klien 1 keluarga mengatakan An. H badan teraba hangat dan kulit kemerahan, tampak wajah klien kemerahan, Kulit teraba hangat dengan tanda-tanda vital S: 38,2°C, TD: 110/80 mmHg, RR : 21x/m, N: 80x/m Lekosit: 2.500/mm³ (Fauziah, 2017). Sedangkan pada klien 2 anak demam sejak 4 hari yang lalu namun pada saat pengkajian suhu tubh telah normal (36,5⁰C) (Putri, 2019). Salah satu tanda dan gejala DHF yaitu klien 1 dan klien 2 mengalami demam tinggi mendadak 2-7 hari (Nurarif & Kusuma, 2015). Hipertermia dapat terjadi karena virus dengue yang telah masuk ke tubuh penderita akan menimbulkan viremia. Hal tersebut akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu di hipotalamus sehingga

menyebabkan (pelepasan zat bradikinin, serotonin, trombin, histamin) yang mengakibatkan terjadinya peningkatan suhu (Candra, 2019).

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisiologis

Pada klien 1 penegakkan diagnosa keperawatan menurut Nanda (2015) yaitu nyeri akut berhubungan dengan inflamasi penyakit. Pada klien 1 dan penegakkan diagnosa keperawatan belum sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2017) dan berdasarkan (PPNI, 2017) untuk diagnose nyeri akut menjadi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Untuk penegakan diagnosa Hipertemia terdapat gejala/tanda mayor 80-100% untuk validasi diagnosis dan terdapat tanda minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnose adapun gejala dan tanda mayor subjektif : klien mengeluh nyeri dan tanda objektifnya : tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. sedangkan gejala dan tanda minor subjektif (tidak tersedia) dan data objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

Pada data pengkajian klien 1 ditemukan data yang mendukung yaitu klien mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati dengan skala nyeri 3, nyeri kepala dan nyeri pada persendian, keluarga mengatakan klien kurang tidur karena nyeri pada ulu hati, klien tampak memegangi

perut dan wajah klien tampak meringis (Fauziah, 2017). Sedangkan pada klien 2 tidak ditemukan data yang mendukung untuk mengangit diagnose nyeri akut (Putri, 2019). Hal ini sesuai dengan salah satu tanda dan gejala DHF yaitu nyeri akut (WHO, 2012). Ini dapat terjadi pada klien yang mengalami mual dan muntah yang mengakibatkan munculnya rasa nyeri (Nurarif Huda, 2015).

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan gangguan kognitif

Pada klien 2 penegakkan diagnosa keperawatan sudah sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2017) untuk penegakan diagnosa deficit pengetahuan terdapat gejala/tanda mayor 80-100% untuk validasi diagnosis dan terdapat tanda minor: tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnose adapun gejala dan tanda mayor subjektif: keluarga menanyakan masalah yang dihadapi dan tanda objektif: menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. sedangkan pada gejala dan tanda minor subjektif (tidak tersedia) dan tanda objektifnya: menunjukkan pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis).

Pada klien 2 ditemukan data yang mendukung yaitu saat dilakukan pengkajian Ibu klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakit anaknya, Ibu mengatakan kurang informasi tentang penyakit anaknya

(Putri, 2019). Hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan keluarga dan informasi yang jelas tentang penyakit (PPNI, 2017).

d. Resiko pendarahan dibuktikan dengan gangguan koagulasi

Pada klien 2 penegakkan diagnosa keperawatan sudah sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2017) untuk penegakkan diagnosa Risiko pendarahan terdapat factor risiko yaitu gangguan koagulasi (mis, trombositopenia), kurang terpapar informasi tentang pencegahan pendarahan, dan proses keganasan.

Menurut analisa data peneliti muncul diagnosa Risiko Pendarahan ditandai dengan gangguan koagulasi (trombositopeni) pada klien 2 diperoleh data yaitu penurunan trombosit menjadi 19.000mm^3 (Normal: $150.000\text{ mm}^3 - 450.000\text{ mm}^3$) dan terdapat bintik merah dikedua tangan pasien (Putri, 2019), sedangkan pada klien 1 terjadi penurunan trombosit menjadi 133.000mm^3 (Normal: $150.000\text{ mm}^3 - 450.000\text{ mm}^3$) dan berdasarkan data pada klien 1 tidak terdapat bintik-bintik merah (Fauziah, 2017). Pada klien 1 diagnosa resiko pendarahan tidak diangkat. Terkait dengan teori dan hasil data yang ada peneliti beramsumsi bahwa diagnose keperawatan Risiko Pendarahan seharusnya diangkat juga pada klien 1. Hal ini dikarenakan pada klien 1 trombosit klien menurun dan juga hematokritnya meningkat menjadi 42% (normal 33-38%) (Fauziah, 2017).

Menurut WHO (2016) Penderita DHF mengalami perubahan pada sifat dinding pembuluh darahnya yaitu jadi mudah ditembus cairan (plasma) darah. Perembesan ini terjadi sebagai akibat reaksi imunologis antar virus dan sistem pertahanan tubuh. Perembesan plasma yang terus-menerus menyebabkan penurunan jumlah trombosit dalam darah. Trombosit adalah komponen darah yang berfungsi dalam proses penggumpalan darah jika pembuluh kapiler pecah. Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit >20%) menunjukkan atau menggambarkan adanya kebocoran (perembesan) (Candra, 2019).

Berikut diagnose yang dapat diangkat dari data pengkajian diatas :

- a. Resiko syok dibuktikan dengan kekurangan volume cairan

Berdasarkan analisa peneliti, diagnosa tersebut dapat diangkat pada klien 1 dan 2 karena ditemukan data pada klien 1 keluarga mengatakan klien mual dan muntah, keluarga mengatakan klien mengalami bab mencret, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, hematokrit meningkat menjadi 42%, tanda-tanda vital S : 38,2°C, RR : 21 x/m, HR : 81 x/m, TD : 110/ 80 mmHg dan klien minum sehari kurang lebih sekitar 1000ml (Fauziah, 2017), sedangkan pada klien 2 ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah 2x, ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun naik, klien tampak letih, tampak bintik-bintik merah pada tubuh klien, membrane mukosa kering, input cairan klien 1170 cc, output : 1300cc, iwl :110,8 cc (Putri, 2019). Selain itu pada klien 2 juga ditemukan bintik –

bintik merah pada kedua tangan (Putri, 2019). klien 1 dan 2 juga mengalami trombositopenia yang mana diakibatkan oleh perembesan plasma yang terus menerus. Hematokrit yang meningkat juga menggambarkan adanya kebocoran. Adanya kebocoran plasma menyebabkan klien mengalami kekurangan volume cairan, jika tidak tertangani dengan baik maka akan terjadi syok hipovolemik (Candra, 2019).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018). Perencanaan pada asuhan keperawatan pada klien 1 belum sesuai dengan SIKI (PPNI, 2018) dan SLKI (PPNI, 2019). Sedangkan pada klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (PPNI, 2018) dan SLKI (PPNI, 2019). Intervensi berdasarkan diagnosa yang muncul pada klien 1 dan 2 menurut (PPNI, 2018) dan (PPNI, 2019) yaitu :

- a. Berdasarkan perencanaan kasus klien 1 tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti KTI susun dengan masalah hipertemi menurut NIC NOC (2015) adalah intervensi yang bertujuan setelah dilakukan indakan keperawatan diharapkan termoregulasi normal dengan kriteria hasil tidak ada peningkatan suhu tubuh, tidak ada hipertermia, tidak ada sakit kepala, tidak ada sakit otot, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada dehidrasi dengan rencana tindakannya

meliputi perawatan demam (pantau suhu dan tandatanda vital lainnya, monitor warna kulit dan suhu, berikan obat atau cairan iv (misalnya, antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggil), tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur untuk demam, dorong konsumsi cairan, kompres hangat pasien pada lipat paha dan aksila) (Fauziah, 2017).

Menurut analisa peneliti pada klien 1 berdasarkan rencana keperawatan menurut data bahwa pada klien 1 sudah sesuai dengan aspek observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Sedangkan untuk Intervensi asuhan keperawatan pada klien yang mengacu pada intervensi yang telah disusun peneliti berdasarkan SIKI (PPNI, 2018) dan SLKI (PPNI, 2019) yang telah dipilah sesuai kebutuhan klien anak dengan DHF ialah perencanaan asuhan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan intervensi maka diharapkan suhu tubuh membaik berdasarkan kriteria hasil meliputi suhu tubuh membaik, menggigil menurun, suhu kulit membaik dengan rencana tindakannya meliputi *Observasi* (Identifikasi penyebab hipertermia, Monitor suhu tubuh) *Terapeutik* (Berikan cairan oral, Lakukan pendinginan eksternal (mis. Kompres)) *Edukasi* (Anjurkan tirah baring) *Kolaborasi* (Kolaborasi untuk pemberian antipiretik).

- b. Berdasarkan perencanaan kasus klien 1 tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti KTI susun dengan masalah hipovolemia menurut NIC NOC (2015) adalah intervensi yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan terjadi keseimbangan cairan dengan kriteria hasil tekanan darah tidak terganggu, hematokrit sedikit terganggu dan juga bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hidrasi tidak terjadi dengan kriteria hasil turgor kulit tidak terganggu, membran mukosa lembab, intake cairan tidak terganggu, output urin tidak terganggu, tidak ada haus, tidak ada peningkatan hematocrit, tidak ada nadi cepat dan lemah dengan rencana keperawatannya meliputi manajemen cairan (pertahankan catatan intake dan output yang akurat, monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah), monitor vital sign, monitor masukan atau cairan dan hitung intake kalori harian, monitor status nutrisi, dorong pasien untuk menambah asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan cairan diantara waktu makan), menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan(misalnya minuman ringan dan buahan segar/ jus buah), lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering, kolaborasi pemberian cairan iv, monitor hasil laboratorium) (Fauziah, 2017).

Menurut analisa peneliti pada klien 1 berdasarkan rencana keperawatan menurut data bahwa pada klien 1 sudah sesuai dengan aspek observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Sedangkan untuk Intervensi asuhan keperawatan pada klien yang mengacu pada intervensi yang telah disusun peneliti berdasarkan SIKI (PPNI, 2018) dan SLKI (PPNI, 2019) yang telah dipilah sesuai kebutuhan klien anak dengan DHF ialah perencanaan asuhan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipovolemia membaik dengan kriteria hasil status cairan membaik, turgor kulit meningkat, perasaan lemah, intake cairan membaik, suhu tubuh membaik. Rencana tindakannya meliputi *Observasi* (Periksa tanda dan gejala hipovolemik (tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, hematokrit meningkat), Monitor intake dan output cairan, Monitor berat badan Monitor hasil pemeriksaan laboratorium) *Terapeutik* (Berikan asupan cairan oral, Berikan cairan intravena) *Edukasi* (Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral) *Kolaborasi* (Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misalnya : RL), Kolaborasi pemberian diuretik).

- c. Berdasarkan perencanaan kasus klien 1 tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti KTI susun dengan masalah nyeri akut menurut NIC NOC (2015) adalah intervensi yang setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil tidak ada nyeri yang dilaporkan, tidak ada mengerang

dan menangis, tidak ada menyeringit, tidak ada ketegangan otot, tidak ada kehilangan nafsu makan, tidak ada ekspresi wajah nyeri dan juga bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil tidak terganggu kesejahteraan fisik, tidak terganggu kesejahteraan psikologis, tidak terganggu lingkungan fisik, tidak terganggu suhu ruangan dengan rencana keperawatannya meliputi manajemen nyeri (lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik, komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, kurangi factor presipitasi nyeri, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal), kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, evaluasi keefektifan kontrol nyeri, tingkatkan istirahat, kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil, tidak terganggu dukungan sosial dari keluarga) (Fauziah, 2017).

Menurut analisa peneliti pada klien 1 berdasarkan rencana keperawatan menurut data bahwa pada klien 1 sudah sesuai dengan aspek observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Sedangkan untuk Intervensi asuhan keperawatan pada klien yang mengacu pada intervensi yang telah disusun peneliti berdasarkan SIKI (PPNI, 2018) dan SLKI (PPNI, 2019) yang telah dipilah sesuai kebutuhan klien anak dengan DHF ialah perencanaan asuhan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan intervensi maka diharapkan nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Rencana tindakannya meliputi : *Observasi* ((Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri), Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal. *Terapeutik* (Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri). *Edukasi* (Ajarkan teknik non farmakologis (mis. Teknik nafas dalam)). *Kolaborasi* (Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)).

- d. Berdasarkan perencanaan kasus klien 1 tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti KTI susun dengan masalah defisit nutrisi menurut NIC NOC (2015) adalah intervensi yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan status nutrisi asupan makanan dan cairan teratasi dengan kriteria hasil asupan makanan secara peroral sepenuhnya adekuat, asupan cairan secara peroral sepenuhnya adekuat,

asupan cairan intravena sepenuhnya adekuat asupan nutrisi parenteral sepenuhnya adekuat dengan rencana keperawatannya yang meliputi manajemen nutrisi (kaji adanya alergi makanan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, tawarkan makanan ringan yang padat gizi, anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara berada di rumah sakit) dan monitor nutrisi (monitor adanya penurunan berat badan, monitor lingkungan selama makan, monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah, monitor adanya warna pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering, monitor mual muntah, monitor kadar albumin, total protein, hb, ht) (Fauziah, 2017).

Menurut analisa peneliti pada klien 1 berdasarkan rencana keperawatan menurut data bahwa pada klien 1 sudah sesuai dengan aspek observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Sedangkan untuk intervensi asuhan keperawatan pada klien yang mengacu pada intervensi yang telah disusun peneliti berdasarkan SIKI (PPNI, 2018) dan SLKI (PPNI, 2019) yang telah dipilih sesuai kebutuhan klien anak dengan DHF ialah Perencanaan asuhan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan asupan nutrisi membaik dengan kriteria Hasil Porsi makanan yang dihabiskan meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Frekuensi makan membaik,

Nafsu makan membaik. Rencana tindakannya meliputi *Observasi* (identifikasi alergi, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kelainan pada kulit, identifikasi kelainan eliminasi, monitor mual dan muntah) *Terapeutik* (berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, timbang berat badan) *Edukasi* (anjurkan posisi duduk jika mampu, jelaskan tujuan prosedur pemantauan) *Kolaborasi* (kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan).

- e. Perencanaan asuhan keperawatan pada klien 2 sesuai dengan SIKI (PPNI, 2018) dengan diagnosa hipovolemia yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipovolemia membaik dengan kriteria hasil status cairan membaik, turgor kulit meningkat, perasaan lemah, intake cairan membaik, suhu tubuh membaik. Rencana tindakannya meliputi *Observasi* (Periksa tanda dan gejala hipovolemik (tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, hematokrit meningkat), Monitor intake dan output cairan, Monitor berat badan Monitor hasil pemeriksaan laboratorium) *Terapeutik* (Berikan asupan cairan oral, Berikan cairan intravena) *Edukasi* (Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral) *Kolaborasi* (Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misalnya : RL), Kolaborasi pemberian diuretik)
- f. Perencanaan asuhan keperawatan pada klien 2 sesuai dengan SIKI (PPNI, 2018) dengan diagnosa defisit nutrisi yang bertujuan setelah dilakuan

tindakan keperawatan diharapkan asupan nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makanan yang dihabiskan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik. Rencana tindakannya meliputi *Observasi* (identifikasi alergi, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kelainan pada kulit, identifikasi kelainan eliminasi, monitor mual dan muntah) *Terapeutik* (berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, timbang berat badan) *Edukasi* (anjurkan posisi duduk jika mampu, jelaskan tujuan prosedur pemantauan) *Kolaborasi* (kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan)

- g. Perencanaan asuhan keperawatan pada klien 2 sesuai dengan SIKI (PPNI, 2018) dengan diagnosa defisit pengetahuan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat. Rencana tindakannya meliputi *Observasi* (identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat) *Terapeutik* (sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesempatan bertanya) *Edukasi* (jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup sehat).

- h. Perencanaan asuhan keperawatan pada klien 2 sesuai dengan SIKI (PPNI, 2018) dengan diagnosa resiko perdarahan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun. Dengan kriteria hasil kelembapan membran mukosa, suhu tubuh membaik, hematokrit membaik, mencegah perdarahan. Rencana tindakannya meliputi *Observasi* (monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hematokrit / hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah) *Terapeutik* (pertahankan bedrest selama perdarahan) *Edukasi* (jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi) *Kolaborasi* (kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali, 2016).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dilakukan pada tanggal 23-27 Mei 2017 di RSI Ibnu Sina Padang dan klien 2 dilakukan pada tanggal 21-24 Juni 2019 di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Implementasi pada klien 1 dan klien 2 dilakukan sesuai dengan intervensi yang di buat dan

di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang di temukan pada klien. Berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan disusun oleh peneliti untuk mengatasi masalah pertama yaitu hipertermi terhadap klien 1 tindakan dilakukan sesuai perencanaan. Tindakan yang dilakukan yaitu menganjurkan klien 1 untuk banyak minum air dan melakukan kompres hangat. Menurut (Purwanti, 2008) pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh pada klien anak hipertermia, setelah memberi tindakan kompres hangat selama 10 menit dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh, karena pada saat kompres dengan air hangat akan membuat pembuluh darah melebar sehingga panas akan keluar dan bukan masuk lagi kedalam tubuh.

Tindakan keperawatan yang dilakukan selanjutnya diberikan obat atau cairan IV (paracetamol, cairan IV RL 20 tts/i/12 jam), dorong konsumsi cairan setiap jam 1½-2 liter dalam 24 jam (air putih, teh manis, susu). Hal ini sesuai dengan penatalaksanaan DHF menurut (Hasmi, 2015). Selain itu menurut Fimela (2015), minum air akan membantu menurunkan panas tubuh dan mengatasi dehidrasi karena demam. Minum 8 sampai 12 gelas air saat demam juga akan membantu membuang racun dan zat sisa di dalam tubuh, melancarkan peredaran darah dan mempercepat proses penyembuhan. Minum air akan menggantikan cairan yang hilang dan mengganti mineral yang keluar dari tubuh. Infus juga diberikan pada pasien apabila pasien terus menerus

muntah sehingga mengancam terjadinya dehidrasi atau hematokrit yang cenderung meningkat.

Implementasi selanjutnya ialah implementasi pada diagnose nyeri akut berhubungan salah satu intervensinya yaitu pemberian obat ranitidine sirup pada klien 1 menurut penelitian setianingrum (2016) penggunaan ranitidine dilakukan untuk mencegah terjadinya pendarahan pada pencernaan. Menurut peneliti apabila nyeri perut tidak diatasi maka asam lambung semakin meningkat dan mengakibatkan terkikisnya dinding lambung hingga terjadi pendarahan lambung.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan pada klien 2 yaitu dengan melakukan edukasi kesehatan dan menjelaskan kepada keluarga mengenai penyakit yang diderita klien. Hal ini dilakukan agar pengetahuan keluarga klien menjadi meningkat dan diharapkan klien dapat termotivasi dan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah hipovolemi pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yaitu dengan mengobservasi dan mencatat intake serta output cairan, nilai laboratorium, dan kolaborasi pemberian terapi cairan intravena, pada klien 1 diberikan cairan Kristaloid (RL) 20 tts/menit sedangkan pada klien 2 diberikan cairan yang sama yaitu cairan kristaloid (RL) 30 tts/menit, terdapat perbedaan pada

pemberian terapi cairan pada kedua klien hal ini dikarenakan cairan diberikan berdasarkan berat badan dan kebutuhan cairan sesuai usia anak.

Menurut (Hasmi, 2015) pemberian cairan dilakukan untuk penggantian volume cairan yang hilang yang terjadi akibat kebocoran plasma. Jika kebocoran plasma tidak diatasi maka klien akan mengalami syok (Candra, 2019).

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi pada klien 1 dan 2 sesuai dengan intervensi yaitu mengkaji makanan yang disukai dan adanya alergi makanan, menjelaskan kepada orang tua pentingnya nutrisi bagi tubuh anak, memberikan makanan dalam porsi sedikit dengan frekuensi sering, memberikan makanan dalam keadaan hangat, menimbang BB setiap hari, mengobservasi intake dan output makanan, dan kolaborasi dengan ahli gizi dalam membuat rencana diet dan memberikan terapi sesuai indikasi. Menurut peneliti mengkaji makanan yang disukai diperlukan karena hal ini dapat membantu meningkatkan nafsu makan si anak, selain itu dengan bantuan dari orang tua klien diharapkan nutrisi klien dapat terpenuhi dan tidak ada penurunan berat badan yang signifikan.

Implementasi keperawatan selanjutnya yang dilakukan untuk mengatasi resiko pendarahan pada klien 1 dan 2 yaitu dengan memantau nilai hasil laboratorium.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose keperawatan meliputi data subyektif (S) data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (*progress note*) (Dinarti et al., 2013).

Pada klien 1 diagnosa hipertermi teratasi pada hari ke-4 perawatan di rumah sakit (Tgl 26 Mei 2017) sesuai dengan kriteria hasil tanda – tanda vital dalam batas normal. Selain itu diagnosa hipovolemi juga teratasi pada hari ke-4 perawatan dengan kriteria hasil status cairan membaik, turgor kulit meningkat dan intake cairan membaik. Untuk diagnosa nyeri akut dan defisit nutrisi teratasi pada hari ke-5 perawatan di rumah sakit (Tgl 27 Mei 2017) dengan kriteria hasil skala nyeri menurun dan porsi makan klien meningkat (Fauziah, 2017).

Pada klien 2 setelah dilakukan perawatan dari tanggal 21-24 Mei 2019 keseluruhan diagnosa dapat teratasi. Pada diagnosa hipovolemi setelah dilakukan sesuai prencanaan didapatkan klien tidak ada muntah, bintik-bintik merah di tangan klien sudah tidak ada lagi, TD : 110/80, RR: 28 x/m, N : 70 x/m S: 35,5 °C, Input : 1850 cc, Output : urine : 1350 cc , IWL : 38 x 10 x 7 / 2 jam = 110,8 cc, Balance Cairan : + 389,2. Pada diagnosa defisit nutrisi

didapatkan hasil nafsu makan klien membaik, Klien tampak menghabiskan makan nya, Mukosa bibir klien tampak lembab. Pada diagnosa defisit pengetahuan setelah dilakukan intervensi didapatkan hasil Ibu klien mengatakan sudah tau tentang penyakit anaknya, Ibu mengatakan tau informasi tentang penyakit anaknya dan ibu klien tampak sudah tidak bingung lagi. Untuk diagnosa resiko pendarahan didapatkan hasil sesuai dengan kriteria hasil yaitu trombosit klien mengalami peningkatan dan tidak terjadi pendarahan (Putri, 2019).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan penyakit *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dan pembahasan pada BAB IV maka kesimpulan dan saran adalah sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapat dari dua kasus yang sama yaitu pengkajian klien 1 pada tanggal 23 Mei 2017 dan klien 2 pada tanggal 21 Juni 2019. Pada kasus ditemukan data adanya gejala yang sama yaitu pada klien 1 dan klien 2 mengalami demam naik turun. Namun terdapat perbedaan keluhan pada klien 1 dan 2 yaitu pada klien 1 ditemukan data pasien mengalami nyeri perut dan pasien mengalami diare dan mengalami nyeri perut. Sedangkan pada klien 2 di temukan data kurangnya informasi mengenai DHF, dan klien 2 sudah tidak bab selama 3 hari semenjak sakit hingga pada saat dilakukan pengkajian. Selain itu ditemukan pada klien 1 tidak ditemukan bintik-bintik merah atau pendarahan lain. Pada klien 2 ditemukan bintik-bintik merah pada kulit di sekitar tangan. Pada pengkajian kasus ditemukan kesenjangan dengan teori yang didapat dimana kesenjangan meliputi pada kedua klien tidak ada data bahwa klien mengalami nyeri telan, perdarahan saluran cerna, anoreksia, melena dan hematemesis.

2. Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan pada bab 2 di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua klien dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF). Pada klien 1 dan 2 ditemukan masing-masing 4 diagnosa keperawatan.

Kesenjangan pada klien 1 yaitu terdapat terdapat 7 diagnosa yang tidak muncul yaitu risiko perdarahan, risiko syok (hipovolemik), perfusi perifer tidak efektif, pola nafas tidak efektif,, intoleransi aktivitas, ansietas dan deficit pengetahuan. Pada klien 2 juga terdapat 7 diagnosa keperawatan yang tidak muncul yaitu hipertermia, risiko syok (hipovolemik), perfusi perifer tidak efektif, pola nafas tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas, dan ansietas.

Untuk diagnosa yang sama antara klien 1 dan 2 adalah diagnosa hipovolemia dan diagnosa defisit nutrisi. Pada klien 1 diagnosa yang tidak muncul pada klien 2 adalah diagnosa nyeri akut dan diagnosa hipertermi. Sedangkan pada klien 2, diagnosa yang tidak muncul pada klien 1 adalah diagnosa defisit pengetahuan dan resiko pendarahan.

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua klien dengan teori hampir semua intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan klien.

4. Pelaksanaan tindakan

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah dibuat, sesuai diagnosa yang ditegakkan dan sesuai dengan analisa data dengan kebutuhan kedua klien dengan DHF.

5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada klien 1 berdasarkan kriteria yang peneliti susun terdapat 4 diagnosa keperawatan yang telah teratasi dengan baik sesuai rencana yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus), resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

Sedangkan pada klien 2 juga terdapat 4 diagnose keperawatan yang di tegakkan dapat teratasi dengan baik sesuai dengan rencana yaitu hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan), dfisit pengetahuan berhubungan dengan gangguan kognitif dan resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian yang lebih lengkap dalam mengkaji klien anak dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).

2. Bagi perawat ruangan

Studi kasus ini yang peneliti lakukan tentang Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan DHF dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komprehensif.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Menambah keluasan ilmu dalam keperawatan pada klien anak dengan DHF berkembang setiap tahunnya dan juga memacu pada peneliti selanjutnya menjadikan acuan dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada klien anak dengan DHF.

4. Bagi Masyarakat

Untuk lebih memperhatikan perilaku kesehatan atau kebiasaan sehari-hari karena merupakan pengaruh penting dalam penularan dan penyebaran penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayunda, Tri. (2014). *Penerapan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien*.
- Buhungo, Ruwiah Abdullah. (2015). *Faktor Perilaku Kesehatan Masyarakat Dan Kondisi Lingkungan Rumah Dengan Kejadian Malaria*.
- Candra, Aryu. (2019). *Asupan Gizi Dan Penyakit Demam Berdarah/ Dengue Hemoragic Fever (DHF)*. 7(2), 23–31.
- Dinarti, Aryani, Ratna., Nurhaeni, Heni., & Chairani, Heni. (2013). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Dinkes Kaltim. (2019). *Januari 2019 Tren DBD Meningkat, 265 Kasus dengan 3 Kematian*.
- Dinkes Kota Balikpapan. (2019). *Kasus DBD di Balikpapan*.
- Erdin. (2018). *Pathway Dengue Hemorrhagic Fever*.
- Fauziah, Hikmatul. (2017). *Asuhan Keperawatan pada An. H dan An. N Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) di RSI Ibnu Sina Padang*. (Online), (http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/repository/Hikmatul_Fauziah_KTI_DIII_Keperawatan_2017.pdf diakses 17 April 2020)
- Hasmi, Lusi. (2015). *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Mengenai Penyakit DBD Dengan Kejadian DBD Pada Anak di Ruang Anak RSUD Dr. Muhammad Zein Painan Tahun 2014*.
- Karimah, Dienna., Nurwati, Nunung., & Basar, Gigin Ginanjar Kamil. (2015). *Pengaruh Pemenuhan Kesehatan Anak Terhadap Perkembangan Anak*, 2(1), 118–125. <https://doi.org/10.24198/jppm.v2i1.13266>
- Kemenkes. (2019). *Kemenkes Catat 110.921 Kasus DBD Hingga Oktober*.
- Kesehatan, Kementrian. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI
- Kozier, Barbara. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, dan Praktik* (7th ed.). Jakarta : EGC.
- Leovani, Vivin., Sembiring, Ligat Pribadi., & Winarto. (2015). *Gambaran Klinis Dan*

Komplikasi Pasien Demam Berdarah Dengue Derajat III Dan IV di Bagian Penyakit Dalam RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. 2.

- Lubis, Adlan Fauzi., Sari, Adinda Permata., Septiani, Eliza Nur., & Meitara, Haniyah. (2019). *Penyuluhan kesehatan perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan madrasah diniyah takmilyah alhusniyah kelurahan rawabuntu.*
- Mendri, Ni Ketut., & Prayogi, Agus Sarwo. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak & Bayi Resiko Tinggi.* Yogyakarta : PT Pustaka Baru.
- Missiyati, Sri., Wijayanti, Titik., & Astuti, Asih Dwi. (2015). Hubungan Dukungan Emosional Keluarga dengan Lama Persalinan Kala I fase Aktif. *Jurnal Kebidanan, VII(01), 28–35.*
- Murwani. (2018). *Patofisiologi Dengue Hemorrhagic Fever.*
- Nerslicious. (2019). *Anatomi dan Fisiologi Darah.*
- Nurarif, Amin Huda., & Kusuma, Hardhi. (2015). *Nanda Nic - Noc.* Yogyakarta : Mediacion Publishing Yogyakarta.
- Nurfatimah. (2019). *Peran Serta Orang Tua dan Dampak Hospitalisasi pada Anak Usia 3-6 Tahun di Ruang Anak RSUD Poso.* 2(2), 77–83. <https://doi.org/10.33860/jbc.v2i2.187>
- Nurlaila., Utami, Wuri., & Cahyani, Tri. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Anak.* Yogyakarta : PT Leutika Nouvalitera.
- Nursalam, Susilaningrum, Rekawati., & Utami, Sri. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak.* Salemba Medika.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- _____. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- _____. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Puspita, Dhanang., Nugroho, Kristiawan Prasetyo Agung., & Sari, Ni Komang. (2018). *Dukungan Perawat dan Keluarga Dalam Pemberian Cairan Pada Pasien Penderita Demam Berdarah.* 39–47.

- Putri, Tika. Genesha. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada An. D Dengan Demam Hemorrhagic Fever (DHF) Di Ruang Rawat Inap Anak Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019*. (<http://repo.stikesperintis.ac.id/846/1/26%20TIKA%20GENESHA%20PUTRI.pdf>, diakses 17 April 2020)
- Sari, Anggi Desi. (2019). *On The Level Of Pain In Children Infusion Setup*.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue*. Jakarta : Sagung Seto.
- Soediono, Budi. (2014). Info Datin Kemenkes RI Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak Indonesia. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 160. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Soetjningsih. (2012). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC.
- Syaifuddin. (2016). *Anatomi Fisiologi: Kurikulum Berbasis Keperawatan & Kebidanan* (Edisi 4). Jakarta : EGC.
- Tairas, Steva., Posangi, Jimmy., & Kandou, Grace. (2015). *Analisis Pelaksanaan Pengendalian Kabupaten Minahasa Utara Demam Berdarah Dengue di Analysis of Implementation of Control of Dengue Hemorrhagic Fever in North Minahasa Regency*. 21–29.
- WHO. (2012). *Handbook for Clinical Management of Dengue*.
- _____. (2014). *Dengue and Severe Dengue*.
- Wijayaningsih, Kartika Sari. (2013). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Yuliastati., & Arnis, Amelia. (2016). *Keperawatan Anak*. Jakarta.

TINJAUAN KASUS

3. 1 Pengkajian

Tanggal Pengambilan Data : 21 Juni 2019

MRS : 20 Juni 2019

Ruang : Inap anak

Reg : 522707

3.1.1 Identitas Pasien

Nama : An.D

Tempat / Tanggal Lahir : Bukittinggi / 29 Februari
2006

Jenis Kelamin : Perempuan

Nama Ayah / Ibu : Dalimin / Sariyus Mahera

Pekerjaan Ayah : Petani

Pekerjaan Ibu : Ibu Rumah Tangga (IRT)

Alamat : Jorong Bateh Sariak ,
Nagari Nan Tujuh
Kecamatan Palupuah,
Kabupaten Agam.

Suku Bangsa : Minang

Agama : Islam

Biaya Ditanggung Oleh : BPJS

3. 1. 2 Alasan Masuk

Klien datang ke IGD tanggal 20 Juni 2019 jam 12.30 dengan keluhan demam sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, mimisan satu jam sebelum dibawa ke rumah sakit, muntah 2 kali, dan BAB susah.

3. 1. 3 Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu klien mengatakan demam sejak 4 hari yang lalu, ibu mengatakan suhu tubuh turun naik, ibu klien mengatakan klien buang air besar tidak ada sejak hari minggu sebelum masuk rumah sakit, klien mengatakan terasa pusing saat duduk dan berdiri, klien mengatakan badan terasa letih, ibu klien mengatakan nafsu makan menurun, minum kurang, ibu klien mengatakan trombosit klien menurun.

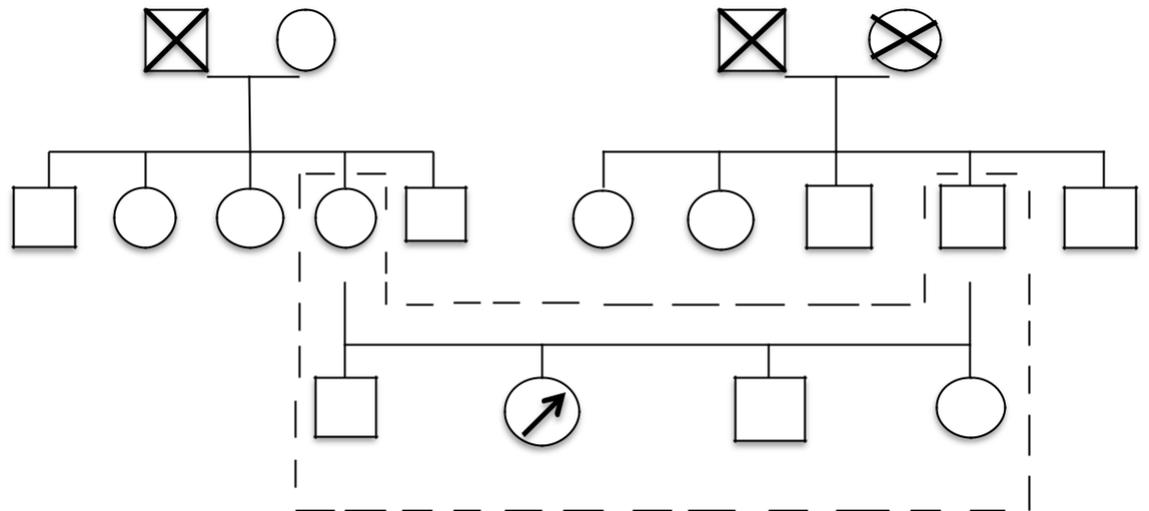
3. 1. 4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu klien mengatakan klien pernah di rawat pada umur 4 tahun di RSUD Achmad Mochtar dengan penyakit ssama.

3. 1. 5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan keluarga klien ada yang sedang mengalami penyakit yang sama yaitu kakak klien, ibu mengatakan ibu memiliki penyakit vertigo, dan tidak ada keluarga lainnya yang memiliki penyakit hipertensi, DM, jantung dan penyakit lainnya.

GENOGRAM



Keterangan :

1. Laki - Laki 
2. Perempuan : 
3. Klien : 
4. Meinggal : 
5. Serumah : - - - -

3. 1. 6Riyawat Kehamilan dan Kelahiran

1) Prenatal

Ibu klien mengatakan saat hamil klien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan 1 x 1 bulan ke bidan. Ibu klien tidak ada mengkonsumsi obat-obatan saat hamil.

2) Natal

Ibu klien melahirkan klien secara normal di RS. Achmad Mochtar, usia kehamilan saat lahir 9 bulan 15 hari. Berat Badan 4 Kg, Panjang Badan 47 cm.

3) Post Natal

Keadaan ibu saat pasca melahirkan tidak ada mengalami perdarahan, ASI ibu dapat keluar dan banyak.

3. 1. Riwayat Sosial

1) Yang mengasuh : klien tinggal di kos bersama kakaknya, kakaknya sayang dengan adiknya. Dan orang tua klien sering ke kosan klien dan orang tua klien sangat sayang dengan klien

2) Hubungan dengan keluarga : saat di rumah sakit ibu dan ayah klien selalu nemanin klien dan anggota keluarga yang lain bergantian untuk menjaga klien seperti adik dari ibunya klien.

3) Hubungan dengan teman sebaya : baik

4) Pembawaan secara umum : pada saat komunikasi dengan perawat klien tampak malu tapi klien sangat kooperatif dan mudah akeab

5) Lingkungan rumah : Bersih, aman dan nyaman

3. 1. 8Kebutuhan Dasar

1) Makanan yang disukai / tidak disukai

Klien mengatakan suka makan ayam, ikan, nasi goreng, manga, pisang, dan makanan yang tidak disukai klien nenas.

2) Pola Tidur

Klien mengatakan tidur siang hanya 4 jam semenjak sakit dan tidur malam hanya 6 jam.

3) Mandi

Klien saat sehat rajin mandi,klien mandi 2 kali sehari tetapi semenjak sakit klien tidak ada mandi atau hanya di lap dengan waslap basah.

4) Aktivitas Bermain

Klien waktu sehat sering bermain dengan teman sebayanya, tapi saat sakit sekarang klien tidak ada bermain.

5) Eliminasi

BAB : Klien belum ada BAB semenjak sakit ini.

BAK : buang air kecil klien lancar, frekuensi 4x sehari, bau pesing,warna kuning, konsistensi cair dan tidak ada kesulitan dalam BAK.

3.1.9 Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E4M6V5 = 15

BB / TB : 45 Kg / 130 Cm

Tanda Vital : TD : 100/70 mmHg

N : 64 x/m

P: 20 x/m

S : 36,5 °C

1) Kepala

- Rambut

I : Rambut klien tampak hitam, rambut klien berminyak dan lepek, tidak ada ketombe, tidak ada kutu

P : Tidak ada terdapat udem dan pembengkakan pada kepala

- Mata

Bersih, tidak ada kotoran, mata simetris kiri dan kanan, Pupil isokor, sclera tidak ikterik, konjungtiva anemis, tidak ada gangguan penglihatan.

- Telinga

Bentuk telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran.

- Hidung

Bersih, bentuk simetris, tidak ada sekresi, tidak ada polip, tidak ada gangguan penciuman.

- Mulut dan Gigi

Bersih, mukosa bibir kering, , gigi rapi, bibir simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan.

2) Leher

Tidak ada terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kelainan pada leher.

3) Thorak

- Paru – Paru

I : Pergerakan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan.

P : Pergerakan dinding dada teratur, taktil fremitus sama, tidak ada oedem

P : Sonor

A : Irama pernafasan vesikuler

- Jantung

I : simetris kiri dan kanan, Ictus cordis Terlihat, tidak ada palpitasi

P : Suara jantung vesikuler

A : Suara jantung terdengar S1 S2, lup dup

4) Abdomen

I : Perut klien tampak simetris, Tidak ada bekas operasi, tidak ada lesi

A : Bising usus 12 x/menit

P : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedem atau masa,
pembesaran hepar tidak ada

P : Tympani

5) Punggung : tidak ada lesi, tidak ada bekas operasi, tidak ada kelainan pada punggung

6) Esktremitas

Atas : CRT < 2 detik, Klien terpasang infus RL 30 tts/m ditangan sebelah kiri.

Bawah : Klien tidak terpasang kateter

Kekuatan otot :

5555		5555
5555		5555

7) Genetalia

tampak bersih, tidak ada kelainan pada genetalia

8) Integument

warna kulit sawo matang, kulit ada bintik-bintik merah, turgor kulit jelek.

3. 1. 10 Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

1) Kemandirian dan Bergaul

Klien sangat mandiri saat bermain, klien sudah mampu mandi atau memakai pakaian sendiri dan berinteraksi dengan keluarga secara baik.

2) Motorik Halus

Klien mampu membaca, menggambar dan belajar sendiri

3) Motorik Kasar

Klien mampu berjalan mundur dan melangkah, klien mampu bermain aktif saat sehat dan tidak ada kendala saat berjalan dan bermain.

4) Kognitif dan Bahasa

Klien mampu menjawab dengan benar dan berbahasa Indonesia atau bahasa minang dengan benar. Klien mampu mengucapkan kata-kata lebih dari 2 kata atau mengucapkan dengan baik.

3. 1. 11 Data Penunjang

- Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 21 Juni 2019 Jam
09.51 wib

Tabel 3.1 Laboratorium

No	Nama Pemeriksa	Jumlah	Satuan	Nilai Normal
1.	HGB	14.6	[g/dL]	13.0 – 16.1
2.	RBC	4.90	[10 ⁶ /uL]	4.5 – 5.5
3.	HCT	41.2	[%]	40.0 – 48.0
4.	WBC	2.95	[10 ³ /uL]	5.0 – 10.0
5.	EO%	1.7	[10 ³ /uL]	1 – 3
6.	BASO%	0.3	[10 ³ /uL]	0 – 1
7.	NEUT	24.1	[10 ³ /uL]	50 – 70
8.	LYMPH	65.1	[10 ³ /uL]	20 – 40
9.	MONO%	8.8	[10 ³ /uL]	2 – 8
10.	PLT	19*	[10 ³ /uL]	150 – 400

Laboratorium tanggal 21 Juni 2019 jam 16.57 WIB

Tabel 3.2

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai Normal
1.	HGB	14.4	[g/dL]	13.0 – 16.1
2.	RBC	4.74	[10 ⁶ /uL]	4.5 – 5.5
3.	HCT	40.7	[%]	40.0 – 48.0
4.	WBC	3.44	[10 ³ /uL]	5.0 – 10.0
5.	EO%	2.3	[10 ³ /uL]	1 – 3
6.	BASO%	0.3	[10 ³ /uL]	0 – 1
7.	NEUT	22.1*	[10 ³ /uL]	50 – 70
8.	LYMPH	66.9*	[10 ³ /uL]	20 – 40
9.	MONO%	8.4*	[10 ³ /uL]	2 – 8
10.	PLT	16*	[10 ³ /uL]	150 – 400

Laboratorium tanggal 22 Juni 2019

Tabel 3.3

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai Normal
1.	HGB	14.6	[g/dL]	13.0 – 16.1
2.	RBC	4.92	[10 ⁶ /uL]	4.5 – 5.5
3.	HCT	42.4	[%]	40.0 – 48.0
4.	WBC	3.69	[10 ³ /uL]	5.0 – 10.0
5.	EO%	2.3	[10 ³ /uL]	1 – 3
6.	BASO%	0.8	[10 ³ /uL]	0 – 1
7.	NEUT	23.3*	[10 ³ /uL]	50 – 70
8.	LYMPH	64.5*	[10 ³ /uL]	20 – 40
9.	MONO%	9.5*	[10 ³ /uL]	2 – 8
10.	PLT	12*	[10 ³ /uL]	150 – 400

Laboratorium tanggal 23 Juni 2019

Tabel 3.4

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai Normal
1.	HGB	13.7	[g/dL]	13.0 – 16.1
2.	RBC	4.65	[10 ⁶ /uL]	4.5 – 5.5
3.	HCT	40.4	[%]	40.0 – 48.0
4.	WBC	4.67	[10 ³ /uL]	5.0 – 10.0
5.	PLT	23*	[10 ³ /uL]	150 - 400

3. 1. 12 Data Pengobatan

- a. Paracetamol tablet 3x500 mg
- b. Infus RL 30 tts/menit

3. 1. 13 Data Fokus

a. Data Subjektif

- 1) Ibu klien mengatakan klien kurang minum
- 2) Ibu klien mengatakan klien letih
- 3) Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun naik
- 4) Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun
- 5) Klien mengatakan pusing saat berdiri dan duduk
- 6) Ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah
- 7) Ibu klien mengatakan klien sudah 3 hari tidak BAB
- 8) Ibu klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakitnya
- 9) Ibu tampak mengatakan kurang informasi tentang penyakit anaknya
- 10) Ibu klien mengatakan trombosit anaknya menurun

11) Klien mengatakan lemah

b. Data Objektif

1) Klien tampak letih

2) Klien tampak ada bintik-bintik merah di tangan klien, pada tangan (+)

TD : 100/70

P : 24 x/m

N : 64 x/m

S : 36,5 °C

- Input : 1170 cc

- Output : urine : 1300 cc

- IWL : $38 \times 10 \times 7 / 2 \text{ jam} = 110,8 \text{ cc}$

- Balance Cairan : - 240,8 cc

3) Klien tampak tidak nafsu makan

4) Klien hanya menghabiskan 3 sendok dari porsi yang diberikan

5) Mukosa bibir klien tampak pucat

6) Ibu klien tampak bingung

7) Ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya

8) Trombosit : $19 \times 10^3 / \mu\text{L}$

ANALISA DATA

Tabel 3.5

No	Data	Masalah	Etiologi
	<p>1.DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan klien kurang minum - Ibu klien mengatakan klien letih - Ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah 2x - Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun naik <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak letih - Klien tampak ada bintik-bintik merah di tangan klien <p>TD : 100/70 P : 24 x/m N : 64 x/m S: 36,5 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pteke pada tangan (+) <p>Input : 1170 cc Output : urine : 1300 cc IWL : 38 x 10 x 7 / 2 jam = 110,8 cc Balance Cairan : - 240,8 cc</p>	<p>Hipovolemia</p>	<p>Peningkatan permeabilitas kapiler</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan nafsu makan klien berkurang. - Klien mengatakan pusing saat berdiri dan duduk - Ibu klien mengatakan klien 	<p>Defisit Nutrisi</p>	<p>Psikologis (keengganan untuk makan)</p>

	<p>tadi siang muntah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan klien sudah 3 hari tidak BAB <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nafsu makan - Klien hanya menghabiskan 3 sendok dari porsi yang diberikan - Mukosa bibir klien tampak pucat - TD : 100/70 mmHg N : 64 x/m P : 24 x/m S : 36,5 °C BB : 38 Kg TB : 1 cm IMT : BB / TB^2 $38 / (144)^2 = 18,3$ 		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakitnya - Ibu tampak mengatakan kurang informasi tentang penyakit anaknya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien tampak bingung - Ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya 	<p>Defisit Pengetahuan</p>	<p>Gangguan fungsi Kognitif</p>
	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan 	<p>Resiko Perdarahan</p>	<p>Gangguan Koagulasi</p>

	trombosit klien menurun - Pasien mengatakan lemas DO : - Trombosit klien 19* [10 ³ /uL] - Pasien tampak lemah		(penurunan trombosit)
--	---	--	-----------------------

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Kekurangan volume cairan (Hipovolemia) berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering

3.2.2 Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) makanan ditandai dengan berat badan menurun

3.2.3 Kurang Pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi

3.2.4 Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) ditandai dengan trombositopenia

3.3 INTERVENSI (RENCANA KEPERAWATAN)

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
1.	Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan hipovolemia membaik. Kriteria Hasil : Status Cairan <ul style="list-style-type: none"> • Turgor kulit • Perasaan lemah • Intake cairan membaik • Suhu tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen hipovolemia Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipovolemik (tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, hematocrit meningkat) - Monitor intake dan output cairan Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misalnya : RL)

			<ul style="list-style-type: none"> • Pemantauan cairan <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan cairan intravena <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik
2.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan berat badan menurun	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Status Nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makanan yang dihabiskan sedang • Frekuensi makan 	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nutrisi <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi alergi - Identifikasi makanan yang disukai <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk jika mampu

		<ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan cukup membaik • Mermban mukosa sedang 	<p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan <p>• Pemantauan nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kelainan pada kulit - Identintifikasi kelainan eliminasi - Monitor mual dan muntah <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timbang berat badan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan prosedur pemantauan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi
3.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan fungsi kognitif ditandai	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi Kesehatan <p>Observasi :</p>

	dengan kurang informasi	<p>deficit pengetahuan meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Tingkat Pengetahuan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup sehat
	Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) ditandai dengan trombositopenia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun .</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Tingkat Perdarahan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan Perdarahan <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan

		<ul style="list-style-type: none">• Kelembapan membran mukosa• Suhu tubuh meningkat• Hematokrit membaik	<ul style="list-style-type: none">- Monitor nilai hematokrit / hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pertahankan bedrest selama perdarahan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan- Anjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
--	--	---	--

3.4 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

NO	HARI / TANGGAL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Jumat / 21 Juni 2019	Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering	08.00	<ul style="list-style-type: none"> • Memanajemen hypovolemia <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik (tekanan darah 100/70 mmHg, membran mukosa bibir klien kering, bibir pecah-pecah, lidah klien putih, hematocrit meningkat, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien tidak meningkat 41.2 [%]) 2. Memonitor intake dan output cairan 	<p>Jam : 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan klien kurang minum • Ibu klien mengatakan klien letih • Ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah • Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien turun naik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak letih • Klien tampak ada bintik-bintik merah di tangan klien, Pteke pada tangan (+) • TD : 100/70 P : 24 x/m

				<p>Intake: 1170 cc Output : urine : 1300 cc</p> <p>T :</p> <p>3. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc</p> <p>E :</p> <p>4. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, dengan cara memberi tahu kepada keluarga atau klien untuk memperbanyak minum sesuai kebutuhan tubuh sekitar 2400 cc / 24 jam</p> <p>K :</p> <p>5. Memantau pemberian cairan IV isotonis (RL 30</p>	<p>N : 64 x/m S: 36,5 °C Intake : 1170 cc Output : urine : 1300 cc IWL : 38 x 10 x 7 / 2 jam = 110,8 cc Balance Cairan : - 20,8 cc</p> <p>A : Hipovolemikimi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memanajemen hipovolemia no 1,2,3, dan 5 • Memantau cairan no 2,3 dan 4
--	--	--	--	--	---

				<p>tts/m)</p> <ul style="list-style-type: none">• Memantauan cairan Observasi :<ol style="list-style-type: none">1. Memonitor berat badan (BB sebelum sakit 45 Kg)2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (hematokrit 41.2 [%])3. Berikan asupan cairan oral sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc4. Memberikan cairan intravena (RL 30 tts/m) <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none">5. Melakukan Kolaborasi pemberian diuretic tidak dilakukan, karena tidak sesuai dengan kondisi	
--	--	--	--	--	--

				<p>klien. Klien urine nya lancar tidak memakai kateter.</p>	
2.	Jumat / 21 Juni 2019	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan berat badan menurun</p>	10.00	<p>• Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi alergi, klien tidak ada alergi terhadap obat maupun makanan. 2. Mengidentifikasi makanan yang disukai, makanan yang disukai klien. Makanan yang disukai klien ayam, ikan, nasi goreng, mangga, pisang dan makanan yang tidak disukai klien nenas. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun. • Klien mengatakan pusing saat berdiri dan duduk • Ibu klien mengatakan klien tadi siang muntah • Ibu klien mengatakan klien sudah 3 hari tidak BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tidak nafsu makan • Klien hanya menghabiskan 3 sendok dari porsi yang diberikan • Mukosa bibir klien tampak pucat

				<p>Terapeutik :</p> <p>3. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (pepaya)</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Menganjurkan posisi duduk jika mampu, agar klien tidak merasa letih dan lemah.</p> <p>K :</p> <p>5. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TD : 100/70 mmHg N : 64 x/m P : 24 x/m S : 36,5 °C BB : 38 Kg TB : 1 cm IMT : BB / TB^2 <p style="text-align: right;">$38 / (1)^2 = 18,3$</p> <p>A : Defisit nutrisi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memanajemen Nutrisi no 3,4 dan 5 • Pemantauan Nutrisi NO 1,2,3 dan 4
--	--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none">• Memantau nutrisi <p>Obdervasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi kelainan pada kulit, (pada kulit klien terdapat bintik-bintik merah di tangan klien).2. Mengidentintifikasi kelainan eliminasi, BAK klien lancar, sedangkan BAB klien susah3. Memonitor mual dan muntah (klien merasakan mual dan muntah) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none">4. Menimbang berat badan, berat badan klien 42 kg <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">5. Menjelaskan tujuan	
--	--	--	--	--	--

				<p>prosedur pemantauan (ibu tujuan pemantauan nutrisi agar nutrisi klien terpenuhi)</p>	
3.	Jumat / 21 Juni 2019	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi</p>	12.00	<ul style="list-style-type: none"> Edukasi Kesehatan <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (yang dapat meningkatkan hidup bersih dan sehat dengan cara mencuci tangan setiap sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, membersihkan rumah.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakitnya Ibu mengatakan kurang informasi tentang penyakit anaknya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien tampak bingung Ibu klien tampak sering bertanya tentang penyakit anaknya TD : 100/70 mmHg N : 64 x/m P : 24 x/m

				<p>Yang dapat menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat yaitu kurangnya partisipasi keluarga dalam membersihkan lingkungan dan keluarga tidak mengajarkan hidup bersih dan sehat kepada anak)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Memberikan kesempatan bertanya (keluarga klien menanyakan bagaimana cara menaikkan trombosit anaknya yang turun)</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (faktor yang</p>	<p>S :36,5°</p> <p>A : Masalah defisit Pengetahuan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi Kesehatan
--	--	--	--	--	---

				<p>dapat mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, bak mandi, genangan air jernih banyak jentik-jentik nyamuk yang mengakibatkan demam berdarah)</p> <p>4. Mengajarkan perilaku hidup sehat (mengajarkan cara cuci tangan yang benar, dan membuang sampah pada tempatnya)</p>	
	Jumat / 21 Juni 2019	Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan	08.00	<ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan Perdarahan <p>Observasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, muntah terus</p>	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan trombosit anaknya menurun • Pasien mengatakan lemah <p>O ::</p>

		trombosit) ditandai dengan trombositopenia		<p>menerus)</p> <p>2. Memonitor nilai hematokrit 2.95 [$10^3/uL$]</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Mempertahankan bedrest selama perdarahan</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan (tanda gejala perdarahan yaitu mimisan, mual muntah, feses berwarna hitam, kesemutan ditangan atau kaki)</p> <p>5. Menganjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi (banyak mengonsumsi pepeaya</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trombosit klien 19* [$10^3/uL$] • Pasien tampak lemah <p>A : Resiko Perdarahan</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencegahan perdarahan 1, 2, 3 dan
--	--	--	--	--	--

				<p>agar tidak terjadi konstipasi)</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (tidak ada diberikan obat)</p>	
5.	Sabtu / 22 Juni 2019	<p>Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering</p>	08.00	<ul style="list-style-type: none"> • Memanajemen hipovolemia <p>Observasi :</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik (tekanan darah menurun 100/70 mmHg, membran mukosa klien masih kering, bibir pecah-pecah, lidah klien putih, hematokrit</p>	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan klien sudah mau minum • Ibu klien mengatakan klien tidak ada merasa letih atau lemah lagi • Ibu klien mengatakan klien siang tidak ada muntah • Ibu klien mengatakan suhu tubuh

				<p>meningkat, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien tidak meningkat 42,4 [%])</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan Intake: oral : 1200 Output : urine : 100 cc Terapeutik :</p> <p>3. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc Edukasi :</p> <p>4. Mengingat kembali kepada keluarga dan klien untuk memperbanyak minum sesuai kebutuhan tubuh sekitar 2400 cc / 24 jam</p>	<p>klien masih turun naik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah segar • Bintik-bintik merah di tangan klien sudah berkurang • TD : 100/70 P : 30 x/m N : 83 x/m S : 35,0 °C • Pteke pada tangan (+) Input : 1200 cc Output : urine : 100 cc IWL : 38 x 10 x 7 / 2 jam = 110,8 cc Balance Cairan : - 310,8 <p>A : Hipovolemik teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memanajemen Hipovolemikimia no 1,2,3, dan 5
--	--	--	--	--	--

				<p>Kolaborasi :</p> <p>5. Memantau pemberian cairan IV isotonis (RL 30 tts/m)</p> <ul style="list-style-type: none">• Memantau cairan <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memonitor berat badan (BB 38 Kg)2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (hematokrit 42,4 [%])3. Berikan asupan cairan oral sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc4. Memberikan cairan intravena (RL 30 tts/m) <p>Kolaborasi :</p> <p>Melakukan Kolaborasi</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>pemberian diuretic tidak dilakukan, karena tidak sesuai dengan kondisi klien. Klien urine nya lancar tidak memakai kateter.</p>	
5.	Sabtu / 22 Juni 2019	Defisit Nutrisi berhubungan dengan prikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan berat badan menurun	10.00	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nutrisi O : 1 dan 2 sudah dilakukan pada hari pertama T : 3. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (papaya, sayur bayam) E : 4. Menganjurkan posisi duduk jika mampu, agar klien tidak merasa letih dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan nafsu makan klien sudah mulai enak. • Klien mengatakan pusing saat berdiri dan duduk sudah berkurang • Ibu klien mengatakan klien tidak ada muntah • Ibu klien mengatakan klien sudah ada BAB satu kali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak nafsu makan

				<p>lemah.</p> <p>K :</p> <p>5. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memantau nutrisi <p>O :</p> <p>1. Mengidentifikasi kelainan pada kulit, (pada kulit klien tbintik-bintik merah di tangan klien sudah berkurang).</p> <p>2. Mengidentintifikasi kelainan eliminasi, BAK klien lancar, sedangkan BAB klien sudah ada 1</p>	<p>mulai membaik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien hanya menghabiskan ½ dari porsi yang diberikan • Mukosa bibir klien tampak pucat • TD : 100/70 mmHg • N : 84 x/m • P : 30 x/m • S :35°C <p>A : Defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memanajemen Nutrisi • Pemantauan Tanda Vital
--	--	--	--	--	--

				<p>kali.</p> <p>3. Memonitor mual dan muntah (klien sudah tidak merasakan mual dan muntah)</p> <p>T :</p> <p>4. Menimbang berat badan, berat badan 45 kg</p>	
6.	Sabtu / 22 Juni 2019	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi</p>	12.00	<ul style="list-style-type: none"> Edukasi Kesehatan <p>Observasi :</p> <p>1. Mengulang kembali Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (yang dapat meningkatkan hidup bersih dan sehat dengan cara</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakitnya Ibu mengatakan kurang informasi tentang penyakit anaknya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien tampak bingung Ibu klien tampak sering bertanya

				<p>mencuci tangan setiap sebelum atau sesudah melakukan aktivitas, membersihkan rumah. Yang dapat menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat yaitu kurangnya partisipasi keluarga dalam membersihkan lingkungan rumah dan keluarga tidak mengajarkan hidup bersih dan sehat kepada anak)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Memberikan kesempatan bertanya (dan keluarga klien menanyakan kenapa trombosit anaknya masih turun, bagaimana cara</p>	<p>tentang penyakit anaknya</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 100/70 mmHg N : 64 x/m P : 24 x/m S : 36,5 °C <p>A : Defisit Pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi kesehatan
--	--	--	--	--	--

				<p>mengatasinya)</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Menjelaskan kembali faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, bak mandi, genangan air jernih banyak jentik-jentik nyamuk yang mengakibatkan demam berdarah)</p> <p>4. Mengajarkan perilaku hidup sehat (mengajarkan kembali cara cuci tangan yang benar, dan membuang sampah pada tempatnya)</p>	
--	--	--	--	---	--

	Sabtu / 22 Juni 2019	Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) ditandai dengan trombositopenia	08.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mencegah Perdarahan <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, muntah terus menerus) 2. Memonitor nilai hematokrit 2.95 [10³/uL] <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mempertahankan bedrest selama perdarahan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan (tanda gejala perdarahan yaitu mimisan, mual muntah, feses berwarna hitam, 	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan trombosit anaknya menurun • Pasien mengatakan lemah <p>O : :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trombosit klien 12* [10³/uL] • Pasien tampak lemah <p>A : Resiko Perdarahan</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencegah perdarahan 1 dan 2
--	----------------------	---	-------	--	--

				<p>kesemutan ditangan atau kaki)</p> <p>5. Menganjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi (banyak mengkonsumsi pepeaya agar tidak terjadi konstipasi)</p> <p>6. Melakukan Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (tidak ada diberikan obat)</p>	
7.	Senin / 24 Juni 2019	Hipovolemia berhubungan dengan Peningkatan permeabilitas	08.00	<ul style="list-style-type: none"> • Memanajemen hipovolemia <p>Observasi :</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemik (</p>	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan klien sudah sering minum • Ibu klien mengatakan sudah tidak

		<p>kapiler ditandai dengan mukosa bibir kering</p>		<p>tekanan darah menurun 100/70 mmHg, membran mukosa bibir klien sudah lemas, bibir tidak pecah-pecah, lidah klien putih, hematokrit meningkat, dari hasil laboratorium klien hematokrit klien tidak meningkat 40.4 [%])</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan Intake: 1850 cc Output : urine : 1350 cc Terapeutik :</p> <p>3. Memberikan asupan cairan oral, sebanyak 4 gelas dari jam 08.00-14.00, 1200 cc Kolaborasi :</p> <p>4. Memantau pemberian</p>	<p>merasa letih lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan klien tidak ada muntah • Ibu klien mengatakan suhu tubuh klien masih turun naik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak segar • Bintik-bintik merah di tangan klien sudah tidak ada lagi • TD : 110/80 P : 28 x/m N : 70 x/m S: 35,5 °C Input : 1850 cc Output : urine : 1350 cc IWL : $38 \times 10 \times 7 / 2 \text{ jam} = 110,8 \text{ cc}$ Balance Cairan : + 389,2 <p>A : Masalah Hipovolemik teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>cairan IV isotonis (RL 30 tts/m)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memantau cairan <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor berat badan (BB 45 Kg 2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (hematokrit 40.4 [%]) 3. Berikan asupan cairan oral sebanyak 8-9 gelas 1880 cc dalam 2 jam 4. Memberikan cairan intravena (RL 30 tts/m) 	
8.	Senin / 24 Juni 2019	Defisit Nutrisi berhubungan dengan psikologis	10.00	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen nutrisi <p>T :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan makanan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan nafsu makan klien membaik

		<p>(keengganan untuk makan) ditandai dengan penurunan berat badan</p>		<p>tinggi serat untuk mencegah konstipasi (papaya, sayur bayam)</p> <p>K :</p> <p>6. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memantau nutrisi <p>O :</p> <p>1. Mengidentifikasi kelainan pada kulit, (pada kulit klien tbintik-bintik merah di tangan klien sudah tidak ada lagi).</p> <p>5. Mengidentintifikasi kelainan eliminasi, BAK klien lancar, sedangkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ada merasa pusing saat berdiri dan duduk • Ibu klien mengatakan klien sudah ada BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak menghabiskan makan nya • Mukosa bibir klien tampak lembab • TD : 110/80 mmHg • N : 70 x/m • P : 28 x/m • S : 35,5 °C <p>A : defisit nutrisi teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
--	--	---	--	---	--

				<p>BAB klien sudah mulai lancar</p> <p>6. Memonitor mual dan muntah (klien sudah tidak ada mual dan muntah lagi)</p> <p>T :</p> <p>7. Menimbang berat badan, berat badan klien 45 kg</p>	
9.	Senin / 24 Juni 2019	Deficit pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif ditandai dengan kurang informasi	12.00	<ul style="list-style-type: none"> Edukasi Kesehatan <p>Sudah mengasih tahu kepada keluarga tentang faktor yang mempengaruhi hidup bersih dan sehat, dan cara meningkatkan hidup bersih dan sehat</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan sudah tau tentang penyakit anaknya Ibu mengatakan tau informasi tentang penyakit anaknya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien tampak sudah tidak bingung lagi TD : 110/80 mmHg N : 70 x/m

					<p>P : 28 x/m</p> <p>S : 35,5 °C</p> <p>A : defisit Pengetahuan teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
	Sabtu / 22 Juni 2019	Resiko Perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (penurunan trombosit) ditandai dengan trombositopenia	08.00	<ul style="list-style-type: none"> Mencegahan Perdarahan <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor tanda dan gejala perdarahan (perdarahan pada hidung / mimisan, muntah terus menerus) Memonitor nilai hematokrit 2.95 [$10^3/uL$] 	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan trombosit anaknya sudah mulai meningkat Pasien mengatakan tidak terasa lemah lagi <p>O ::</p> <ul style="list-style-type: none"> Trombosit klien 23* [$10^3/uL$] Pasien tampak segar <p>A : Resiko Perdarahan teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. H DENGAN DBD DI RUANGAN ZAM ZAM RSI IBNU SINA PADANG

Waktu Pengkajian	Hari	Tanggal	Jam
	Selasa	23 Mei 17	13.15

Rumah Sakit	: RSI Ibnu Sina Padang
Ruangan	: Zam Zam 9
Tanggal Masuk RS	: 23 Mei 2017
No. Rekam Medik	: 067084
Sumber informasi	: Pasien dan Keluarga

I. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. IDENTITAS ANAK

Nama / Panggilan	An. H
Tanggal lahir / Umur	18-12-2007 / 10 tahun
Jenis kelamin	Laki-laki
Agama	Islam
Pendidikan	SD
Anak ke / jumlah saudara	2/2
Diagnosa Medis	DHF grade I

2. IDENTITAS ORANGTUA

IBU

AYAH

Nama	Ny. N	Tn. A
Umur	44 tahun	50 tahun
Agama	Islam	Islam
Suku bangsa	Minang	Minang
Pendidikan	SMA	SI
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	PNS
Alamat	Griya karisma permai 3 blok B.28 Kubu dalam	Griya karisma permai 3 blok B.28 Kubu dalam

3. IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA YANG TINGGAL SERUMAH

No	Nama (Inisial)	Usia (bl/th)	Jenis Kelamin	Hub.dg KK	Pendi dikan	Status kesehatan	Ket
1.	Tn. A	14 th	L	Saudara Kandung	SMP	Mengalami DBD	

II. RIWAYAT KESEHATAN							
KELUHAN UTAMA	Keluarga mengatakan An. H masuk ke RSI Ibnu Sina Padang melalui IGD pada tanggal 23 Mei 2017 jam 09.45 dengan keluhan demam sudah 4 hari yang lalu, mual dan muntah, perut terasa sakit, nyeri pada persendian, dan sakit kepala. Tanda- tanda vital: S: 37,5°C, HR: 90 x/l, TD: 100/60 mmHg						
1. Riwayat Kesehatan Sekarang							
Pengkajian dilakukan pada hari Selasa pada tanggal 23 Mei 2017 jam 13.15 WIB. Keluarga mengatakan kondisi An. H sekarang badan terasa hangat, sakit kepala masih, perut masih terasa sakit, nyeri pada persendian dan nafsu makan berkurang.							
2. Riwayat kesehatan dahulu							
Keluarga mengatakan An. R tidak ada pernah dirawat sebelumnya dengan penyakit lain (seperti anemia, leukemias, thalasemia dan lainnya) maupun sakit yang sama.							
3. Riwayat Kesehatan Keluarga							
Anggota keluarga pernah sakit	Ada	Penyakit DBD					
Riwayat penyakit keturunan	Tidak ada	-					
<u>Genogram</u> Ket : : Laki-laki O : Perempuan ©/ : Klien /O : Meninggal — : Menikah † : Cerai — : Saudara ○ : Tinggal serumah							
V. Lingkungan							
An. H tinggal di lingkungan komplek yang padat. Keluarga mengatakan di rumah memakai bak mandi jarang dikuras hanya 1 kali dalam 2 minggu. Keluarga mengatakan di sekitar rumah juga ada yang mengalami DBD							
VI. PENGKAJIAN KHUSUS							
A. ANAK							
1) Pemeriksaan Fisik							
a. Kesadaran	Compos Mentis GCS : E 4 M 6 V 5 Jumlah : 15 KU: sedang						
b. Tanda Vital	Suhu : 38,2°C RR : 21 x/m HR : 81 x/m TD : 110/ 80 mmHg						
c. Posture	BBsebelum sakit : 38 kg PB/TB : - cm BB saat sakit : 36 kg						
d. Kepala	Bentuk : Normal						
	Kebersihan : Bersih						
	Tidak ada lesi						

	Benjolan : tidak ada
	Data lain : wajah tampak kemerahan, kepala terasa nyeri
e. Mata	Simetris Sklera : tidak ikterik Konjungtiva : anemis Reflek cahaya : positif Palpebra : edema Pupil : isokor
f. Hidung	Letak : Simetri Pernapasan cuping hidung : Tidak ada Kebersihan : Bersih Tidak ada epistaksis
g. Mulut	Warna bibir: bibir tampak pucat dan kering Kebersihan rongga mulut : bersih Data lain : nyeri saat menelan, bibir tampak pecah-pecah, tidak ada gusi berdarah
h. Telinga	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Posisi puncak pina : Sejajar kantung mata Pemeriksaan pendengaran : baik
i. Leher	Pembesaran kelenjer getah bening : tidak ada
j. Dada	
- Toraks	Inspeksi : Dinding dada tampak simetris, tidak ada tarikan dinding dada
	Auskultasi : Vesikuler
	Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama
	Perkusi : Sonor
- Jantung	Inspeksi : Iktus cordis tidak terlihat
	Auskultasi : Irama teratur
	Palpasi : Iktus cordis teraba
	Perkusi : Jantung dalam batas normal
k. Abdomen	Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada asites
	Auskultasi : Bising usus (+)
	Palpasi : nyeri tekan pada ulu hati
	Perkusi : tymphani
l. Kulit	Turgor : Kembali cepat
	Kelembaban: Kering

	Warna: tampak kemerahan		
	Data lain		
m. Ekstremitas Atas	Capillary refill : < 3 dtk Data lain yang ditemukan : akral teraba hangat, tidak ada edema, terpasang IVFD RL 20 tts/l di tangan sebelah kiri, nyeri otot dan persendian		
n. Ekstremitas Bawah	Capillary refill : < 3 dtk Data lain yang ditemukan : akral teraba hangat, tidak ada edema, neri otot dan persendian		
o. Genitalia dan anus	Tidak ada masalah		
2) Kebiasaan sehari-hari			
a. Nutrisi	Sehat : Makan : makan 3x sehari dengan komponen nasi, lauk pauk dan juga sayur Minum : 5-6 gelas/ perhari Sakit : Makan : mendapat diit ML, makan hanya 1-2 sendok dan dimuntahkan, tidak nafsu makan Minum : 4-5 gelas/ perhari, sulit untuk minum		
b. Istirahat dan tidur	<table border="1"> <tr> <td><u>Siang</u> Sehat : keluarga mengatakan klien jarang tidur siang karena beaktivitas dan sekolah Sakit: klien sering tidur ± 2 jam/ perhari</td> <td><u>Malam</u> Sehat: keluarga mengatakan klien tidur teratur 8 jam/ perhati dengan Nyenyak Sakit: klien sering terbangun saat malam karena nyeri pada perut, demam. Tidur ± 6 jam/ perhari.</td> </tr> </table>	<u>Siang</u> Sehat : keluarga mengatakan klien jarang tidur siang karena beaktivitas dan sekolah Sakit: klien sering tidur ± 2 jam/ perhari	<u>Malam</u> Sehat: keluarga mengatakan klien tidur teratur 8 jam/ perhati dengan Nyenyak Sakit: klien sering terbangun saat malam karena nyeri pada perut, demam. Tidur ± 6 jam/ perhari.
<u>Siang</u> Sehat : keluarga mengatakan klien jarang tidur siang karena beaktivitas dan sekolah Sakit: klien sering tidur ± 2 jam/ perhari	<u>Malam</u> Sehat: keluarga mengatakan klien tidur teratur 8 jam/ perhati dengan Nyenyak Sakit: klien sering terbangun saat malam karena nyeri pada perut, demam. Tidur ± 6 jam/ perhari.		
c. Eliminasi	<p>BAK Sehat: klien BAK 5x/ perhari Sakit : keluarga mengatakan klien BAK ±7-8 kali</p> <p>BAB Sehat : klien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, bau khas, warna kekuningan. Sakit: klien BAB 2 kali sehari dengan konsistensi cair, bau khas warna kekuningan</p>		
d. Personal hygiene	Frek. Mandi: 1 x/hr Cuci rambut : - x/mg Sikat gigi : 1 x/hr Masalah :		
VI. DATA PENUNJANG			
Laboratorium	Hasil pemeriksaan hematologi Pada tanggal 23 Mei 2017 Hemaglobin : 13,0 g/dl (10-16 g/dl) Lekosit : 2.500/ mm ³ (9.000-12.000/mm ³) Hekamtokrit : 42% (33-38 %) Trombosit : 133.000/mm ³ (200.000-400.000/mm ³)		
Radiologi	-		
Terapi medis	- Paracetamol 250mg 3x1 - Trolit 3x1		

- Ranitidine syrp 2x1

Perawat Yang Melakukan Pengkajian

(_____)
Nama lengkap & tanda tangan

ANALISA DATA KEPERAWATAN

Nama Pasien : An. H

No MR : 067084

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H badan teraba hangat dan kulit kemerahan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu: 38,2^oC - TD: 110/80 mmHg - Tampak wajah kemerahan - Kulit teraba hangat - Lekosit: 2.500/mm³ 	Peningkatan laju metabolisme	Hipertermi
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H mual dan muntah - Keluarga mengatakan An. H BAB mencret <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38,2^oC, RR : 21 x/m, HR : 81 x/m, TD : 110/ 80 mmHg - Hematokrit: 42 % - Trombosit: 133.000/mm³ - Mukosa bibir kering dan pecah-pecah - Kulit kering 	Kehilangan cairan aktif	Kekurangan volume cairan
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati, nyeri kepala dan nyeri pada persendian - An. H mengatakan nyeri saat menelan - Keluarga mengatakan An. H kurang tidur karna nyeri pada nyeri pada ulu hati <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 2-3 - Tampak wajah An. H meringis 	Inflamasi penyakit	Nyeri Akut

	<ul style="list-style-type: none"> - TD: 110/80 mmHg - Tampak memengangi perut - Nyeri tekan pada ulu hati 		
4.DS:	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H makan hanya 1-2 sendok dan dimuntahkan - An. H mengatakan sakit saat menelan 	Kurangnya asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
DO:	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak diit hanya dihabiskan sedikit hanya ¼ porsi - Membran mukosa bibir pucat - Diit yang diberikan ML - Konjungtiva anemis - Tampak pasien memuntahkan makanan - BB: 36 kg sebelum sakit: 38 kg, - Hb: 13,0 g/dl. 		

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO DX	TANGGAL	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1	23 Mei 2017	Hipertemi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme
2	23 Mei 2017	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
3	23 Mei 2017	Nyeri Akut berhubungan dengan inflamasi penyakit
4	23 Mei 2017	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien : An. H

No MR : 067084

Diagnosis keperawatan	NOC	NIC
Kekurangan volume cairan Definisi : penurunan cairan intravaskular, interstisial, dan atau intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan terjadi keseimbangan cairan dengan kriteria hasil : g) Tekanan darah tidak terganggu h) Hematokrit sedikit	Manajemen Cairan j) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat k) Monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan

<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Perubahan status mental j) Penurunan tekanan darah k) Penurunan tekanan nadi l) Penurunan volume nadi m) Penurunan turgor kulit n) Membran mukosa kering o) Kulit kering p) Peningkatan suhu tubuh <p>Faktor yang berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Kehilangan cairan aktif d) Kegagalan mekanisme regulasi 	<p>terganggu</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hidrasi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Turgor kulit tidak terganggu j) Membran mukosa lembab tidak terganggu k) Intake cairan tidak terganggu l) Output urin tidak terganggu m) Tidak ada haus n) Tidak ada peningkatan hematokrit o) Tidak ada nadi cepat dan lemah 	<p>tekanan darah)</p> <ul style="list-style-type: none"> l) Monitor vital sign m) Monitor masukan atau cairan dan hitung intake kalori harian n) Monitor status nutrisi o) Dorong pasien untuk menambah asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan cairan diantara waktu makan) p) Tawari makanan ringan (misalnya minuman ringan dan buah segar/ jus buah) q) Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering r) Kolaborasi pemberian cairan IV s) Monitor hasil laboratorium
<p>Hipertermia</p> <p>Defenisi : peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> h) Kunvulsi i) Kulit kemerahan j) Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal k) Kejang l) Takhikardi m) Takhipnea n) Kulit terasa hangat <p>Faktor yang berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> g) Anastesia h) Penurunan respirasi i) Dehidrasi j) Pemajanan lingkungan yang panas <ul style="list-style-type: none"> k) Penyakit l) Peningkatan laju metabolisme 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi normal dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> g) Tidak ada peningkatan suhu tubuh h) Tidak ada hipertermia i) Tidak ada sakit kepala j) Tidak ada sakit otot k) Tidak ada perubahan warna kulit l) Tidak ada dehidrasi 	<p>Perawatan Demam</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya j) Monitor warna kulit dan suhu k) Berikan obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggil) l) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur untuk demam m) Dorong konsumsi cairan n) Kompres hangat pasien pada lipat paha dan aksila

<p>Nyeri akut</p> <p>Defenisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> h) Perubahan selera makan i) Perubahan tekanan darah j) Perubahan frekuensi jantung k) Perubahan frekuensi pernapasan l) Mengekspresikan perilaku m) Masker wajah n) Gangguan tidur <p>Faktor yang berhubungan dengan : agen cedera (misal biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> g) Tidak ada nyeri yang dilaporkan h) Tidak ada mengerang dan menangis i) Tidak ada menyeringit j) Tidak ada ketegangan otot k) Tidak ada kehilangan nafsu makan l) Tidak ada Ekspresi wajah nyeri <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> g) Tidak terganggu kesejahteraan fisik h) Tidak terganggu control terhadap gejala i) Tidak terganggu kesejahteraan kesejahteraan psikologis j) Tidak terganggu lingkungan fisik k) Tidak terganggu suhu ruangan l) Tidak terganggu dukungan sosial dari keluarga 	<p>Manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> p) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi q) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan r) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien s) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri t) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan u) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan v) Kurangi faktor presipitasi nyeri w) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) x) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi y) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri z) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri aa) Tingkatkan istirahat bb) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
<p>Ketidakseimbangan</p>	<p>Setelah dilakukan</p>	<p>Manajemen Nutrisi</p>

<p>Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh</p> <p>Defenisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal j) Bising usus hiperaktif k) Kelemahan otot untuk mengunyah l) Kelemahan otot untuk menelan m) Kehilangan rambut berlebihan n) Membran mukosa pucat o) Ketidakmampuan memakan makanan p) Nyeri abdomen <p>Faktor yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> d) Faktor biologis e) Ketidakmampuan mencerna makanan f) Kurang asupan makanan 	<p>tindakan keperawatan status nutrisi: asupan makanan dan cairan teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> e) asupan makanan secara peroral sepenuhnya adekuat f) Asupan cairan secara peroral sepenuhnya adekuat g) Asupan cairan intravena sepenuhnya adekuat h) Asupan nutrisi parenteral sepenuhnya adekuat 	<ul style="list-style-type: none"> d) Kaji adanya alergi makanan e) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien f) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi g) Tawarkan makanan ringan yang padat gizi h) Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara berada di rumah sakit <p>Monitor Nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> h) Monitor adanya penurunan berat badan i) Monitor lingkungan selama makan j) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi k) Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah l) Monitor adanya warna pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering m) Monitor mual muntah n) Monitor kadar albumin, total protein, Hb, Ht
--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : An. H

No MR : 067084

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Selasa/ 23 mei 2017	Hipertermi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya (38,2^oc) 2. Monitor warna kulit (kemerahan) dan suhu 3. Berikan obat atau cairan IV (paracetamol 250 mg jam 13.35) 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan pakaian yang longgar 6. Dorong konsumsi cairan setiap jam (air putih, susu, dll) 1,5-2 liter/ 24jam 7. Fasilitasi istirahat 8. Kompres hangat pasien pada lipat paha dan aksila menggunakan handuk kecil 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H badan teraba hangat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 37,8^oC, TD: 110/ 80 mmHg, RR: 21x/I, HR: 80 x/i - Tampak kulit kemerahan - Kulit teraba hangat - Intake: minum 1000ml - Leukosit: 2500/mm³ <p>A: masalah termogulasi belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau suhu - Anjurkan konsumsi cairan - Kompres hangat 	
	Kekurangan volume cairan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah) 3. Monitor vital sign 4. Dorong pasien untuk menambah asupan <p>O:</p> <p>oral (menawarkan cairan diantara waktu makan)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H masih mencret - Keluarga mengatakan An. H masih mual dan muntah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak An. H masih muntah - Hematokrit: 42 % 	

		<p>5. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan(misalnya minuman ringan dan buah segar/ jus buah)</p> <p>6. Lembabkan bibir yang kering dan pecah-pecah</p> <p>7. Kolaborasi pemberian cairan IV(IVFD RL 20 tts/i)</p> <p>8. Monitor hasil laboratorium</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trombosit: 133.000/mm³ - Mukosa bibir kering dan masih pecah-pecah - Kulit masih kering - Intake: minum: 1000 ml, IVFD RL 12jam/ kolf (1000 ml) <p>A: masalah cairan belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan catatan intake - Menganjurkan pasien menambah supan oral - Lembabkan bibir yang kering dan pecah-pecah - Monitor hasil laboratorium 	
	Nyeri Akut	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>4. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian)</p> <p>5. Menganjurkan tingkatan istirahat</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyei pada bagian perut di ulu hati, nyeri kepala dan nyeri pada persendian - Keluarga mengatakan An. H masih kurang tidur karna nyeri pada nyeri pada ulu hati <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 37, 8°C, TD: 110/ 80 mmHg, RR: 21x/I, HR: 80 x/i - Wajah An. H masih tampak meringis - Tampak An. H memengani perutnya - Skala nyeri masih 2-3 <p>A: masalah manajemen Nyeri beum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p style="text-align: right;">Verba</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi reaksi non l dari 	

			ketidaknyamanan - Lakukan penanganan Nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian) - Menganjurkan tingkatan istirahat	
	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	1. Kaji adanya alergi makanan 2. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering 3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien 4. Monitor mual muntah	S: - Keluarga mengatakan Masih sulit untuk makan - Keluarga mengatakan memuntahkan apa yang dimakan - Keluarga mengatakan An. H tidak ada alergi terhadap makanan O: - Diit hanya dihabis ¼ piring saja atau 1-2 sendok saja - Tampak pasien memuntahkan apa yang dimakan - Tampak mukosa bibir masih pucat A: Masalah nutrisi belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering - Menganjurkan Keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien - Monitor mual muntah	
Rabu/ 24 Mei 2017	Hipertermi	1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya (S: 38°C) 2. Monitor warna kulit (kulit kemerahan) dan suhu 3. Berikan obat atau cairan IV (antipiretik: paracetamol 250 mg jam 12.00)	S: - Keluarga mengatakan An. H badan masih teraba hangat O: - S: 37,5°C, TD: 110/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 84 x/i	

		<p>4. Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan pakaian yang longgar</p> <p>6. Dorong konsumsi cairan setiap jam</p> <p>7. Fasilitasi istirahat</p> <p>8. Kompres hangat pasien pada lipat paha dan aksila</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak kulit masih kemerahan - Kulit teraba hangat - Intake: minum 1300ml - Leukosit: 3.500/mm³ <p>A: masalah termogulasi belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau suhu - Dorong konsumsi cairan setiap jam - Fasilitasi istirahat 	
	Kekurangan volume cairan	<p>1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</p> <p>2. Monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah)</p> <p>3. Monitor vital sign</p> <p>4. Dorong pasien untuk menambah asupan oral (menawarkan cairan diantara waktu makan)</p> <p>5. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan(misalnya minuman ringan dan buah segar/ jus buah)</p> <p>6. Lembabkan bibir yang kering dan pecah-pecah</p> <p>7. Kolaborasi pemberian cairan IV(IVFD RL 20 tts/i)</p> <p>8. Monitor hasil laboratorium</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H masih mencret - Keluarga mengatakan An. H masih mual dan muntah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak An. H masih muntah - Hematokrit: 41 % - Trombosit: 137.000/mm³ - Mukosa bibir kering dan masih pecah-pecah - Kulit masih kering - Intake: minum: 1300 ml, IVFD RL 12jam/ kolf (1000 ml) <p>A: masalah cairan belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status dehidrasi - Dorong pasien untuk menambah asupan oral - Lembabkan bibir yang kering dan pecah-pecah - Monitor hasil laboratorium 	

	Nyeri Akut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian) 5. Menganjurkan tingkatan istirahat 6. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri abdomen (Ranitidine sirup jam 18.00) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati, nyeri kepala dan nyeri pada persendian - Keluarga mengatakan An. H masih kurang tidur karna nyeri pada nyeri pada ulu hati <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 38^oC, TD: 110/ 90 mmHg, RR: 19x/I, HR: 84 x/i - Wajah An. H masih tampak meringis - Tampak An. H masih memengaghi perutnya - Skala nyeri masih 3-4 <p>A: masalah manajemen nyeri belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif - Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan - Menganjurkan tingkatan istirahat - Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri abdomen (Ranitidine sirup) 	
	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 3. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering 4. Monitor mual muntah 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan masih sulit untuk makan - Keluarga mengatakan memuntahkan apa yang dimakan - Keluarga mengatakan mengerti tentang kebutuhan nutrisi pasien <p>O:</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Diit masih hanya dihabiskan ¼ piring saja atau 1-2 sendok saja - Tampak pasien masih memuntahkan apa yang dimakan - Tampak mukosa bibir masih pucat <p>A: Masalah nutrisi belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering - Monitor mual muntah 	
Kamis/ 25 Mei 2017	Hipertermi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya (37,5 °C) 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Berikan obat atau cairan IV (paracetamol 250 mg jam 12.00) 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan pakaian yang longgar 6. Dorong konsumsi cairan setiap jam 7. Fasilitasi istirahat 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H badan masih demam An. H sudah turun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,8°C, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 85 x/i - Tampak kulit masih kemerahan - Kulit masih teraba sedikit hangat - Intake: minum 1800ml - Leukosit: 4.200/mm³ <p>A: masalah termogulasi teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan</p>	
	Kekurangan volume cairan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah) 3. Monitor vital sign 4. Dorong pasien untuk menambah asupan oral (menawarkan cairan diantara waktu makan) 5. Menganjurkan keluarga memberikan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H sudah tidak mencret lagi - Keluarga mengatakan An. H tidak muntah lagi tapi mual masih <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak An. H tidak muntah lagi saat makan - Hematokrit: 40 % 	

		<p>makanan ringan(misalnya minuman ringan dan buahan segar/ jus buah)</p> <p>6. Lembabkan bibir yang kering dan pecah-pecah</p> <p>7. Kolaborasi pemberian cairan IV(IVFD RL 20 tts/i)</p> <p>1. Monitor hasil laboratorium</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trombosit: 130.000/mm³ - Mukosa bibir sudah tampak sedikit lembab dan masih pecah-pecah - Kulit masih kering - Intake: minum: 1800 ml, IVFD RL 12jam/ kolf (1000 ml) <p>A: masalah cairan belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
	Nyeri Akut	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>4. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian)</p> <p>5. Menganjurkan tingkatan istirahat</p> <p>6. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri abdomen (Ranitidine sirup jam 18.00)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyei pada bagian perut di ulu hati masih terasa, nyeri kepala dan nyeri pada persendian sudah tidak lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,8°C, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 85 x/i - Wajah An. H masih tidak tampak meringis lagi - Skala nyeri masih 2 - Tampak An. H sudah melakukan penanganan nyeri dengan alihkan perhatian yaitu berbincang dengan saudaranya <p>A: masalah manajemen nyeri teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>1. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering</p> <p>2. Monitor mual muntah</p> <p>3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan masih sulit untuk makan - Keluarga mengatakan An. H tidak muntah lagi <p>O:</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Diit masih hanya dihabiskan ¼ piring saja atau 1-2 sendok saja - Tampak mukosa bibir masih pucat - Tampak An. H tampak sudah makan makanan ringan yg disukainya <p>A: Masalah nutrisi belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
Jumat/ 26 Mei 2017	Hipertermi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Berikan obat atau cairan IV (antipiretik: paracetamol 250 mg jam 12.00) 4. Menganjurkan keluarga untuk memberikan pakaian yang longgar 5. Dorong konsumsi cairan dua jam sekali 6. Fasilitasi istirahat 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H sudah tidak demam lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,5°C, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 80 x/i - Leukosit: 5000/mm³ - Tampak kulit tidak kemerahan lagi - Kulit tidak teraba hangat lagi - Intake: minum 1500ml - Leukosit: -/mm³ <p>A: masalah termogulasi teratasi P: intervensi dihentikan</p>	
	Kekurangan volume cairan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah) 3. Monitor vital sign 4. Dorong pasien untuk menambah asupan oral (menawarkan cairan diantara waktu makan) 5. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan(misalnya minuman 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H sudah banyak untuk minum <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hematokrit: 39 % - Trombosit: 139.000/mm³ - Mukosa bibir sudah tampak lembab dan masih tidak pecah-pecah lagi - Kulit sudah lembab - Intake: minum: 1500 ml, IVFD RL 	

		<p>ringan dan buah segar/ jus buah)</p> <p>6. Lembabkan bibir yang kering dan pecah-pecah</p> <p>7. Kolaborasi pemberian cairan IV (IVFD RL 20 tts/i)</p> <p>8. Monitor hasil laboratorium</p>	<p>12jam/ kolf (1000 ml)</p> <p>A: masalah cairan teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>	
	Nyeri Akut	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>4. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian)</p> <p>5. Menganjurkan tingkatan istirahat</p> <p>6. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri abdomen (Ranitidine sirup)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati masih terasa sedikit, nyeri kepala dan nyeri pada persendian sudah tidak lagi - Keluarga mengatakan nafsu makan An. H masih kurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,5°C, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 80 x/i - Wajah An. H tidak tampak meringis Lagi - Skala nyeri 1 <p>A: masalah manajemen nyeri teratasi Sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>1. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering</p> <p>2. Monitor mual muntah</p> <p>3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H mual dan muntah tidak ada lagi - Keluarga mengatakan nafsu makan An. H masih kurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diit masih hanya dihabiskan 1/2 Piring - Tampak mukosa bibir masih sedikit Pucat 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak An. H tampak sudah makan makanan ringan yg disukainya A: Masalah nutrisi teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 	
Sabtu/ 27 Mei 2017	Nyeri Akut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Lakukan penanganan nyeri (non farmakologis yaitu teknik napas dalam dan alihkan perhatian) 5. Menganjurkan tingkatan istirahat 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An. H mengatakan nyeri pada bagian perut di ulu hati masih terasa sedikit, nyeri kepala dan nyeri pada persendian sudah tidak lagi - Keluarga mengatakan nafsu makan An. H masih kurang - Dokter mengatakan An. H boleh Pulang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S: 36,5°C, TD: 120/ 90 mmHg, RR: 20x/I, HR: 80 x/i - Wajah An. H tidak tampak meringis Lagi - Skala nyeri 1 <p>A: masalah manajemen nyeri teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga memberikan makan sedikit tapi sering 2. Monitor mual muntah 3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai pasien. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. H mual dan muntah tidak ada lagi - Keluarga mengatakan nafsu makan An. H masih kurang - Dokter mengatakan pasien boleh pulang dan control ulang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diit masih hanya dihabiskan 1/2 Piring - Tampak mukosa bibir masih sedikit pucat - Tampak An. H sudah makan makanan ringan yan disukainya <p>A : masalah nutrisi teratasi</p>	

			P : Intervensi dihentikan	
--	--	--	---------------------------	--

Poltekkes Kemenkes Padang

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Riska Hidayati
NIM : P07220117070
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Anak Dengan DHF
Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Jum'at, 24 April 2020	Konsultasi melalui aplikasi jitsi meet	<ul style="list-style-type: none">- Jika data di literature tidak ada, bisa dituliskan tanda (-)- Format asuhan mengikuti panduan- Gambaran lokasi disesuaikan dengan kasus yang diambil- Judul KTI tidak memakai tempat dan tahun- Mencari literature terbaru maksimal 5 tahun terakhir	
2.	Senin, 26 April 2020	Mengirimkan Bab IV beserta literturnya melalui email		
3.	Rabu, 29 April 2020	Konsultasi Bab IV melalui WA	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan interpretasi data dibawah tabel- Dilengkapi lagi KTI-nya	
4.	Sabtu, 02 Mei 2020	Konsultasi melalui aplikasi jitsi meet	<ul style="list-style-type: none">- BAB I-III diganti sesuai dengan buku panduan terbaru, dibawah tabel tambahkan sumber- Untuk implementasi dan evaluasi sebaiknya dipisah	

5.	Minggu, 03 Mei 2020	BAB IV (Sampai pembahasan pengkajian) melalui e-mail	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengetikkan sumber - Tambahkan interpretasi data disetiap bawah tabel 	
6.	Selasa, 05 Mei 2020	Konsultasi melalui aplikasi jitsi meet	<ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan dimasukkan sesuai teori dengan SDKI, SIKI, lengkapi lagi bagian pembahasan 	
7.	Jum'at, 08 Mei 2020	Mengirimkan BAB IV dan BAB V melalui email	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi KTI BAB I-V, buat abstrak, mulai buat power point 	
8.	Sabtu, 09 Mei 2020	Konsultasi melalui aplikasi jitsi meet	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi KTI mulai dari abstrak BAB I sampai BAB V - PPT yang dibuat dapat dipersingkat lagi 	
9.	Sabtu, 09 Mei 2020	Mengirimkan KTI lengkap dan PPT yng direvisi melalui email		

LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama Mahasiswa : Riska Hidayati
NIM : P07220117070
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan DHF
Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Sabtu, 16 Mei 2020	Mengirimkan revisi KTI yang telah diujikan melalui email		
2.	Kamis, 4 Juni 2020	Konsultasi melalui jitsi meet	<ul style="list-style-type: none">- Jika ada tulisan asing dimiringkan, jika ada kata proposal dihilangkan- Rapikan penulisan dalam tabel- Lengkapi KTI- ACC oleh pembimbing	

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Riska Hidayati
 NIM : P07220117070
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan DHF
 Nama Pembimbing : Rus Andraini, A.Kp., MPH

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Rabu, 29 April 2020	BAB IV (Sampai pembahasan pengkajian) melalui e-mail	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengetikkan sumber - Tambahkan interpretasi data disetiap bawah tabel 	
2.	Selasa, 05 Mei 2020	Konsultasi melalui jitsi meet	<ul style="list-style-type: none"> - BAB I-III diganti sesuai dengan buku panduan terbaru - Revisi BAB IV sesuai yang disarankan 	
3.	Rabu, 06 Mei 2020	BAB IV (Sampai pembahasan bagian evaluasi) melalui email	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengantar di BAB IV - Lengkapi lagi semua datanya 	
4.	Kamis, 07 Mei 2020	Konsultasi melalui jitsi meet (BAB III, Subyek penelitian)	<ul style="list-style-type: none"> - Disesuaikan dengan <i>literature</i> yang diambil apakah subyek sesuai atau tidak - Lanjutkan sampai BAB V dan abstrak, kemudian gabungkan semuanya jadi satu 	
5.	Sabtu, 09 Mei 2020	Mengirimkan hasil KTI revisi terbaru dan PPT melalui email	<ul style="list-style-type: none"> - Rapikan kembali pengetikkan dalam tabel - Konsisten dalam penulisan 	

LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama Mahasiswa : Riska Hidayati
NIM : P07220117070
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan DHF
Nama Pembimbing : Rus Andraini, A.Kp., MPH

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Sabtu, 16 Mei 2020	Mengirimkan revisi KTI yang telah diujikan melalui email		
2.	Kamis, 21 Mei 2020	Konsultasi melalui WA	<ul style="list-style-type: none">- Rapihan kembali pengetikan dalam tabel- Konsisten dalam penulisan- Pembahasan yang ada sudah bagus- ACC oleh pembimbing	

DOKUMENTASI

